



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**AUTOCUIDADO EN EL COTIDIANO DE MUJERES ADULTAS CON DOLOR
MUSCULAR Y ARTICULAR CRÓNICO Y SUS REPERCUSIONES**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO
DE MAESTRÍA DE ENFERMERÍA**

P R E S E N T A

L.E. AIMÉE ROSALINDA LÓPEZ MIGUEZ

DIRECTORA DE TESIS

DRA. ABIGAIL FERNANDEZ SÁNCHEZ

Cuernavaca, Mor. Abril del 2023



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**AUTOCUIDADO EN EL COTIDIANO DE LA MUJER ADULTA CON DOLOR
MUSCULAR Y ARTICULAR CRÓNICO Y SUS REPERCUSIONES**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO
DE MAESTRÍA DE ENFERMERÍA**

Presenta

L.E. AIMÉE ROSALINDA LÓPEZ MIGUEZ

DIRECTORA DE TESIS

DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

Cuernavaca, Mor. Abril del 2023

Dedicatoria

*A todos aquellos pacientes que alguna vez sufrieron por su dolor,
que tanto nos conmovieron y tanto nos enseñaron.*

Von, Preodor y Loeser,

En primer lugar, agradezco a Dios por ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

Esta tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mi madre porque me ha sabido formar con buenos sentimientos, hábitos y valores, porque soporto mis ausencias y me supo esperar.

A mis hijos Francisco, Aimée y Allison, por creer siempre en mi capacidad apoyándome para ser perseverante y cumplir con mis ideales.

Agradecimientos

También quiero agradecer a la Facultad de enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos por haberme aceptado y ser parte de ella para realizar una más de mis metas

Un agradecimiento especial a mi asesora de tesis Dra. Abigail Fernández Sánchez por haberme brindado la oportunidad a su capacidad y conocimiento científico, así como su paciencia por mi inconsistencia por su valiosa dirección y apoyo para llegar al final de este camino

A la Dra. Edith Ruth Arizmendi Jaime un agradecimiento en la administración y apoyo en el programa educativo y a mi co-asesora Dra. Paola Adanari Ortega Ceballos por su apoyo incondicional para esta investigación de tesis

Por último, a mis maestros y compañeras de tesis que estuvieron acompañándome en este proceso y por su apoyo y amistad y a todas las mujeres que participaron en mi investigación y que me permitieron entrar en sus vidas.

Resumen.

Introducción. El dolor muscular y articular es un problema de salud en la población, afecta desde las actividades cotidianas personales, así como laborales, este problema lleva a las personas a disminuir su calidad de vida por el deterioro y por la cronicidad que limita la movilidad requiriendo a corto plazo aditamentos para moverse, por lo consiguiente son altos los costos, así como la diversidad de tratamientos que en algunos momentos no funcionan y complica el estado de salud de la persona.

Propósito. Caracterizar el autocuidado por medio de la teoría de Orem, así como el cotidiano desde la experiencia las mujeres que padecen dolor muscular y articular crónico y sus repercusiones.

Metodología. Estudio cualitativo con la comprensión de Husserl que estudia al ser en su cotidiano a partir de entrevistas a profundidad a personas adultas que presentaban dolor crónico. Se tomó en cuenta el trabajo de la mujer actual y/o anterior, tiempo de padecer el dolor, tratamientos, sitio de dolor, el tipo de familia y las relaciones familiares.

Resultados y discusión. Emergen cuatro categorías: explicando el dolor, significados del tratamiento, experiencias de la vida cotidiana y experiencias y emociones. Las mujeres destacan la presencia de dolor en diversos sitios que limitan el movimiento existiendo como limitante desde las actividades personales y las actividades de su vida cotidiana, como familiares y laborales.

Conclusiones. En el recorrido de este trabajo con las mujeres participantes se encuentra que el dolor es un problema de salud que no es visibilizado para los profesionales de salud, las personas con dolor crónico viven experiencias que dificulta su vida cotidiana en el trabajo y el hogar, así como su calidad de vida.

Propuesta. Este trabajo tiene como aporte la aplicación del Modelo de Orem con una agencia de autocuidado para la atención de personas que padecen dolor agudo-crónico

Palabras clave. Dolor crónico, significado de dolor, vida cotidiana, Mujer.

Abstract

Introduction. Muscle and joint pain is a health problem in the population. It affects personal daily activities, as well as work, and this problem leads people to reduce their quality of life due to deterioration because chronicity limits mobility requiring short-term accessories to move; therefore, the costs are high, as well as the diversity of treatments that sometimes do not work and complicate the person's health status.

Purpose. Characterize self-care through Orem's theory and daily life from the experience of women who suffer from chronic muscle and joint pain and its repercussions.

Methodology. A qualitative study with the understanding of Husserl, who studies the being in his daily life from in-depth interviews with adults who presented chronic pain. Current or previous women's work, time of pain, treatments, site of pain, type of family and family relationships were considered.

Results and Discussion. Four categories emerge meanings of pain and treatment, experiences of daily life, and experiences of pain and work. Women highlight the presence of pain in various places that limit movement, existing as a limitation from personal activities and activities of their daily lives, such as family and work.

Conclusions. In the course of this work with the participating women, it is found that pain is a health problem that is not made visible to health professionals. People with chronic pain live experiences that make their daily lives difficult at work and home and their quality of life.

Proposal. This work has contributed to applying the Orem Model with a self-care agency to care for people suffering from acute-chronic pain.

Keywords. Women, Chronic pain, daily life, the meaning of pain

INDICE

Contenido

Introducción	1
CAPITULO I GENERALIDADES.....	3
Antecedentes.....	3
Cuidados de las personas con dolor.....	5
I.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
Pregunta de Investigación	12
I.3 JUSTIFICACIÓN	13
I.4 OBJETIVOS	16
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....	17
II.1 Antecedentes	17
II.2 Marco Teórico Conceptual	18
Tabla No. 1. Problemas musculares y articulares y los desencadenantes	19
Figura No. 1. Sitio de localización y frecuencia del dolor	20
II.3 La salud biopsicosocial y cambios en el adulto.....	20
II.4 Epidemiología del dolor.....	26
II.5 Fisiología del dolor	31
Tabla No. 2 Caracterización, localización y distribución del dolor.....	33
II.6 Los servicios de salud y la atención a las personas con dolor.....	35
II.7 Marco teórico referencial.....	37
II.7.1 Intervenciones de enfermería en la evaluación y el tratamiento del dolor	41
Plan de Cuidados.....	47
II.7.2 Modelo teórico de enfermería Dorothea E. Orem: Déficit autocuidado	50
Figura No 2. Teoría de D. Orem déficit del autocuidado en enfermería.....	52
CAPITULO III. ABORDAJE METODOLÓGICO	64
III. 1. Tipo y diseño de la investigación.....	64
III.2 Etapas	65
III. 2.1. Fase preparatoria.....	65
III. 2. 2. Fase de trabajo de campo.	66
III. 2. 3. Fase de análisis de las narrativas.....	68

III. 3 Consideraciones éticas	70
CAPITULO IV. RESULTADOS	74
CAPITULO V. DISCUSIÓN	95
CAPITULO VI. CONCLUSIONES	100
PROPUESTA: Agencia de autocuidado de enfermería para personas con dolor muscular y articular crónico.....	103
CAPITULO VII. REFERENCIAS.....	107
ANEXOS	115

Introducción

El presente trabajo es de una investigación cualitativa en el cual se trata de buscar el fenómeno de estudio el cual es el cotidiano en mujeres adultas que padecen dolor crónico y cómo llevan en su día a día su autocuidado, en la búsqueda de minimizar el dolor y mejorar la funcionalidad del sitio donde se presenta el dolor que puede ser muscular o articular.

Dentro del primer capítulo hablamos de las generalidades es el primer acercamiento a este problema y en global como afecta a la población de mujeres que padecen dolor físico por diversas causas que puede ser por lesiones o por el desgaste de actividades diversas en su vida cotidiana.

Posterior se plantea el problema en el cual se refiere como la mujer en su día a día padece el dolor, las limitantes que éste le da, la invisibilidad hacia los sistemas de salud, así como la falta de atención por los profesionales de salud, sin embargo, a la luz de la teoría de Dorothea Orem se aborda este problema el cual nos lleva a un déficit del autocuidado generando el problema tratando de llevarlo a un autocuidado para una vida saludable.

En la revisión de la literatura encontramos que el dolor puede ser diversificado en cuánto a la intensidad de este, localización y tratamientos diversos, los cuales no lo erradican de lo que requiere una continuidad del cuidado para que este problema sea minimizado.

Se utiliza un método cualitativo con la expectativa de Husserl que estudia al ser en su cotidiano, con este método expone a la mujer que representa el dolor en su día a día, así como sus sentimientos, emociones, vida cotidiana, actividades que realiza y cuáles han tenido limitantes en su vida social y familiar, sus creencias y la búsqueda de mejorar su problema.

La población de estudio fueron mujeres de la zona urbana de Cuernavaca Morelos. La metodología fue cualitativa, previa elaboración de entrevista semiestructurada a profundidad y se eligen las participantes haciendo una invitación de forma individual que incluye un consentimiento informado verbal, la entrevista es diseñada para obtener

información de la presencia de dolor y sus significados en su vida cotidiana, se elige un ambiente confortable para tener las conversaciones de las participantes, ya que a menudo exponen sus ideas y comentarios comunes de su vida cotidiana, la conversación es guiada y grabada para su transcripción.

Se transcriben los textos de manera literal para posteriormente hacer el análisis y reducción en donde identificamos los códigos o verbalizaciones formalizadas, se identifican las unidades de significado y se codifica los temas que habrán surgido (categorías) que fue a partir de su problema de salud qué es la presencia de dolor articular y muscular y cómo es él cotidiano de su vida y significados de todo este proceso y permanencia del dolor en su cuerpo, así como su entorno en el lugar de trabajo, hogar, sitios de recreación y actividades de ocio entre otras. Para continuar con este análisis se hace comparación con la información disponible bibliográfica acerca de la presencia de dolor en las mujeres participantes, explicando el dolor, significados del tratamiento, experiencias de la vida cotidiana, experiencias y emociones.

Las experiencias con mayor significado en este estudio es como ella se expresaban el sufrimiento a partir de la presencia del dolor el deterioro de su día a día por la fragilidad ante este problema, sin embargo la mayor parte de las participantes colocaban entusiasmo para regresar a una vida normal, el otro grupo de las mujeres llevaban una vida modificada pero laboral y con su dinámica en el hogar, sin embargo encontramos otro grupo en el cual la esperanza de su recuperación es menor concretándose solo a la conformidad de su estado de salud que la ha llevado al uso de aditamentos así como a la inmovilidad parcial y/o casi total.

La teoría Oren en la cual se abordan las diversas premisas las cuales soportan el trabajo para llevarlo a una explicación del problema. Se muestra una propuesta de construir una agencia del cuidado para lograr intervenciones hacia la población de mujeres que padecen algún tipo de dolor físico ya sea muscular o articular para mejorar sus condiciones de vida, así como su calidad de vida disminuyendo de alguna manera complicaciones que puedan limitar sus actividades de la vida diaria.

CAPITULO I GENERALIDADES

Antecedentes

La filosofía del dolor, entre 460-377 aC. Hipócrates gran físico griego bosquejaba el dolor como una alteración del equilibrio normal del organismo que yacía en el corazón, Aristóteles fue el primero en plantear el dolor como una alteración del calor vital del corazón y a su vez determinada por el cerebro de este argumento se encamino a entender el Sistema Nervioso Central, siendo el corazón motor y origen del dolor y Galeno 130-200 dC., contribuyo al entendimiento del dolor y descripción del sistema nervioso relacionándolo directamente con el cerebro y negaba la idea de un alma inmortal causante del dolor por lo que fue considerado anticristiano. (Pérez, Abejón, Ortiz, Pérez, 2005; Muñoz, 2016)

Posterior Leonardo Da Vinci, (1452-1519) hace una descripción anatómica de los nervios y los relaciona directamente con el dolor confirmando la teoría Galénica. Sin embargo, las contribuciones que hizo el gran Galeno al conocimiento del funcionamiento del sistema nervioso central, los conceptos aristotélicos de los cinco sentidos y del dolor, como una “pasión del alma” sentida en el corazón, prevalecieron por más de 20 siglos. Aunque este concepto ya ha sido superado, las frases “lo siento en el corazón”, “pensar con el corazón” y otras frases similares, son quizá remembranzas vivientes de lo que en esos tiempos representaba el órgano cardiaco. (Pérez, et al., 2005; Muñoz, 2016)

Antes del Siglo XVIII, (1701-1800) las civilizaciones antiguas creían que el dolor estaba localizado en el cuerpo, que lo causaban demonios, humores malignos o espíritus de muertos que entraban en el cuerpo por los orificios, la cultura maya promulgaba el dolor como sinónimo de muerte, el compañero inseparable de la muerte, la prueba del sufrimiento ultimo y el cese de todas las emociones. En la india se consideraba una frustración de todos los deseos. (Pérez et al, 2005)

Los antiguos egipcios creían que el dolor interno era el resultado de la influencia de sus dioses o que provenía del hecho de que los espíritus de los muertos llegaban durante la noche y entraban por la nariz o por los oídos al cuerpo mientras dormían. En los papiros de Ebers y Berlín se consigna que esos mismos espíritus, podían también

abandonar el cuerpo a través de la orina, heces fecales, vómitos, estornudos o hasta por el sudor de las piernas. De acuerdo con el primero de esos papiros, en el organismo existe una intrincada red de vasos (metu) que transportan el soplo de vida y las sensaciones hacia el corazón. Este es el principio del concepto de que la actividad sensorial y los sufrimientos residen en el corazón (sensorium comunes). (Pérez et al, 2005)

Antiguo Egipto (1000-1500 a.C.): El dolor era percibido para esta sociedad, como un castigo de los dioses Sekhment y Seth. Consideraban el orificio nasal izquierdo y los oídos como las vías de entrada de la enfermedad y de la muerte, con lo que el tratamiento obvio era purgar dicho “dolor” a través de esas vías. No obstante, existen pruebas donde reflejan el uso de plantas para la curación del “mal”, el Papiro de Ebers (1550 a.C.), describe con gran detalle el empleo del opio como tratamiento para las cefaleas del dios Ra, así mismo para tratar el dolor comenzaron a usar narcóticos vegetales, como adormidera, mandrágora y el cannabis (hachís) (Papiro de Hearst) que se cultivaban en India y Persia. Administraban a sus hijos adormidera mezclada con una pasta de insectos y cebada para poder dormir durante la noche. Esta “mágica” planta, paradójica mente es hoy en día bien reconocida hasta por los más jóvenes. (Pérez et al, 2005)

En las culturas de todos los tiempos el dolor ha sido una preocupación constante donde las explicaciones abundan en la literatura científica, humanística y filosófica de todas las épocas. Por estas razones es natural que el hombre se haya interesado en entender la naturaleza del dolor y haya hecho y siga buscando incontables tratamientos para controlarlo. Desde el hombre prehistórico lo trataba a base de masajes o de presión sobre la zona adolorida, mientras que para aliviar el segundo llamaba a la cabeza de familia quien, de acuerdo con los expertos normalmente se trataba de una mujer. (Pérez et al, 2005)

Los hombres, utilizaban sus disfraces y así ahuyentaban a los demonios invisibles causantes del dolor; los chamanes ejecutaban sus conjuros, encantamientos y peleas. En algunas de las sociedades primitivas, el curandero llegaba incluso a causar heridas a su ya adolorido cuerpo, y a través de ellas succionaba los demonios y los absorbía en su propio organismo, en donde los neutralizaba con sus poderes mágicos.

Los indígenas americanos año 4000 a 400 aC: Empaquetaban las hojas en forma de bola llamada “cocada”. Las cocadas eran vertidas sobre la herida quirúrgica, mezcladas con cal o ceniza y saliva del cirujano, para producir analgesia y para atender el dolor utilizaban: ritos mágicos, hechizos, sacrificios, plantas. Adormidera en Mesopotamia, Exorcismos con Plantas (mirto) 2.000 y en la cultura China el uso de la acupuntura y moxibustión Egipto: purgas, plantas (cannabis, mandrágora), en Grecia en uso de la anestesia inhalatoria, la electroestimulación (anguillas), Roma Polifarmacia curares, éter y Láudano Crioanalgesia y analgesia endovenosa. (Pérez, et al., 2005)

Edad Media y Renacimiento: Usó esponjas empapadas con mandrágora y opio ya que los vapores desprendidos por estas ocasionaban profundo sopor. Para acelerar la recuperación de la consciencia, se hacía respirar vinagre y Mesmerismo y electroterapia.

La anestesia del Siglo XIX y XX, la hipnosis, terapia física, uso de aspirina, óxido nitroso, éter y opioides. Uso de anestésico local y analgesia peridural. En el siglo XX la fenolización, cordectomía, lobotomía, neurotomías estimulación talámica y por neuro modulación. El nacimiento de “la anestesia moderna” y la “analgesia farmacológica” marcó esta época con la anestesia peridural, inyectando cristales de cocaína en región dorsal. (Pérez, et al., 2005)

En la etapa moderna se ha descubierto que el dolor es provocado o atribuido a lesiones o desgaste en músculos y articulaciones es un síntoma común que determinado tiempo se convierte en crónico, según el diagnóstico primario y la extensión de la lesión. Se presenta como síntoma principal en un tercio de las personas.

Cuidados de las personas con dolor

El dolor es el quinto de los signos vitales, es uno de los principales factores de sufrimiento y está relacionado con la calidad de vida y al agravarse el problema lo puede llevar hasta la muerte, la persona que sufre dolor y descuida la atención a su salud que es una negligencia grave, el personal de salud al no tomar el cuidado no ejerce ni permite que los derechos humanos sean eficaces en el sentido de promover el cuidado centrado en el paciente. Tal cuidado mejoraría la calidad de la asistencia, pues, cuando las

acciones de los profesionales son adecuadas a las necesidades de los usuarios y sus familias, hay colaboración y las decisiones pueden ser tomadas como un equipo multidisciplinar.

El tratamiento adecuado del dolor puede minimizar y eliminar las molestias, facilitando la recuperación del paciente, previniendo los efectos colaterales y reduciendo los costos del tratamiento; además, se pueden evitar complicaciones que intensifican la morbilidad y alteraciones en su funcionamiento. La postura del profesional de la salud debe basarse en el apoyo y la atención, con el objetivo de aliviar el dolor del paciente en un momento marcado por muchas molestias, angustias, incertidumbres. Se desarrollaron enfoques basados en esta interacción, como en el caso de la medicina complementaria o alternativa, cuyas terapias utilizan los conocimientos tradicionales para aliviar el dolor. (Moreira, Oliveira, Pereira, Thomaz, 2020; Muñoz, 2016).

Es necesario valorar la escucha calificada, la sensibilidad, el respeto y la empatía, para romper la tendencia a prestar atención solo a los síntomas físicos, como si fueran la única raíz de la angustia del paciente. Se acepta que el paciente es el mejor juez en esta interacción, no obstante, esta premisa puede cuestionarse, por ejemplo, cuando el paciente cree que necesita una medicación o terapia específica inapropiada o contraindicada. Al aceptar una solicitud de tratamiento innecesario y que la conducta del médico ni de enfermería no se centra en el paciente. (Moreira, et al., 2020; Muñoz, 2016).

Las mujeres tienden a tener un umbral reducido, tiene dolor antes estímulos de menor intensidad y existen más condiciones de dolor que los hombres, sugieren que las mujeres tienen un perfil biológico que las predispone a experimentar quejas antes estímulos de dolor más bajas y así sufren un dolor clínico desproporcionado, ya que por tradición se dice que las mujeres soportan mayor la intensidad de dolor.

Las mujeres refieren altos niveles de dolor, mayores zonas de dolor y tienden a expresar más información sobre síntomas emocionales tendiendo a tener un mayor grado de depresión y ansiedad, tienden a prestar más atención a los aspectos emocionales del dolor que sufren. (Jiménez & Bautista, 2014)

I.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La representación del dolor muscular y articular en las personas a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2021, son aproximadamente 1710 millones de personas tienen Trastornos Musculoesqueléticos (TME) en todo el mundo, el dolor lumbar es el más frecuente, con una prevalencia de 568 millones de personas. La principal causa de discapacidad en todo el mundo, así como la causa más frecuente de discapacidad en 160 países. (Balderas, Zamora, Martínez, 2019)

Estos TME limitan la movilidad y la destreza, aumento de costos para la atención, en tratamientos, terapias y consumo de amplia variedad de analgésicos (AINES), sedantes, anestésicos, incapacidad para trabajar, lo que provoca mayores gastos en atención a la salud y afecta la economía de las familias, por otra parte, las jubilaciones anticipadas, menores niveles de bienestar y una menor capacidad de participación social. Problema que ha ido en aumento y se prevé que continúe incrementándose en los próximos decenios. Los TME comprenden más de 150 trastornos que afectan el sistema locomotor. Abarcan desde trastornos repentinos y de corta duración, como fracturas, esguinces y distensiones, a enfermedades crónicas que causan limitaciones de las capacidades funcionales e incapacidad permanentes. (Balderas, et al., 2019)

Los TME son causa de dolor (a menudo persistente) y limitación de la movilidad, la destreza y el nivel general de funcionamiento, lo que reduce la capacidad de las personas para trabajar. Pueden afectar a articulaciones: artrosis, artritis reumatoide, artritis psoriásica, gota, espondilitis anquilosante; huesos: osteoporosis, osteopenia y fracturas debidas a la fragilidad ósea, fracturas traumáticas; músculos: la sarcopenia; la columna vertebral: dolor de espalda y de cuello; varios sistemas o regiones del cuerpo: dolor regional o generalizado y enfermedades inflamatorias, entre ellas los trastornos del tejido conectivo o la vasculitis, que tienen manifestaciones, como el lupus eritematoso sistémico. (Balderas, et al., 2019)

Los TME según Balderas (2019) son también el principal factor que contribuye a la necesidad de rehabilitación en todo el mundo. Son el factor que más contribuye a la necesidad de servicios de rehabilitación entre los niños y representan aproximadamente dos tercios de las necesidades de rehabilitación en adultos, aunque la prevalencia de

TME varía según la edad y el diagnóstico, estos afectan a personas de todas las edades en todo el mundo. Los países de ingresos altos son los más afectados en cuanto al número de personas: 441 millones, seguidos de los países de la Región del Pacífico Occidental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con 427 millones, y la Región de Asia Sudoriental, con 369 millones. Los trastornos musculoesqueléticos son también los que más contribuyen a los años vividos con discapacidad (AVD) en todo el mundo, ya que representan aproximadamente 149 millones de AVD, lo que equivale al 17% de todos los AVD a nivel mundial.

A nivel mundial el dolor crónico es considerado como una enfermedad en sí misma y no solo un síntoma, representando un problema de salud pública, donde cerca del 27% al 42% de la población en el mundo sufren de dolor crónico, ya que 1 de cada 5 personas sufren de dolor moderado a severo siendo los problemas más frecuentes el dolor de espalda 65 %, articular 52%, dolor de cuello 32%, cefaleas 31%. (Balderas,2019). El dolor lumbar es el principal factor que contribuye a la carga general de TME. Otros factores que contribuyen a la carga general son las fracturas 436 millones de personas en todo el mundo, artrosis 343 millones, otros traumatismos 305 millones, dolor de cuello 222 millones, amputaciones 175 millones y artritis reumatoide 14 millones.

Continúa afirmando Balderas (2019) que aun con la prevalencia de los TME aumenta con la edad, los jóvenes también pueden presentarlos, a menudo en edades en que sus ingresos laborales son más elevados. El dolor lumbar, por ejemplo, es la razón principal de una salida prematura de la fuerza laboral. El impacto social en cuanto a costos directos de atención de salud y costos indirectos (es decir, ausentismo laboral o pérdida de productividad) es enorme. Los trastornos musculoesqueléticos también están altamente asociados con un deterioro significativo de la salud mental y de las capacidades funcionales. Las previsiones muestran que el número de personas con dolor lumbar aumentará en el futuro, y aún más rápidamente en los países de ingresos bajos y medios.

La OMS estima necesidades de rehabilitación, ofrece una oportunidad única para buscar datos sobre la prevalencia de los trastornos musculoesqueléticos y los Años de Vida Perdidos (AVP) por dichos trastornos a nivel nacional, regional y mundial, por lo

tanto en 2017, la OMS puso en marcha la iniciativa con un nuevo enfoque estratégico hacia la comunidad mundial, con cobertura hacia el año 2030 por la necesidad insatisfecha de rehabilitación en todo el mundo y destacar la importancia de fortalecer los sistemas de salud para proporcionar servicios de rehabilitación hacia todas las personas con trastornos musculoesqueléticos y en todas las etapas de la vida, así como integrar la rehabilitación en todos los niveles de la atención de salud y lograr la cobertura sanitaria universal.

La iniciativa se puso en marcha en gran medida porque muchos países no están equipados para responder a las necesidades de rehabilitación existentes, incluidas las de las personas con trastornos musculoesqueléticos, por no hablar del aumento previsto de dichas necesidades como consecuencia de las tendencias demográficas y de salud. La rehabilitación no suele ser prioritaria en los países y sigue sin contar con recursos suficientes. Como resultado, innumerables personas no tienen acceso a servicios de rehabilitación, lo que provoca un agravamiento de sus trastornos, más complicaciones y consecuencias de por vida. En algunos países de ingresos bajo y medios, más del 50% de las personas no reciben los servicios de rehabilitación que precisan.

Por lo tanto, la OMS también está elaborando un conjunto de intervenciones de rehabilitación que abarcan las fracturas en las extremidades, la artrosis, la artritis reumatoide, la lumbalgia y la amputación. Incluirá una lista de intervenciones de rehabilitación prioritarias y basadas en la evidencia y los recursos necesarios para llevarlas a cabo con seguridad y eficacia. Estas intervenciones serán pertinentes para las personas en todas las etapas de la vida, a lo largo de todo el proceso asistencial, en todas las plataformas de prestación de servicios y en todas las regiones del mundo, con un énfasis especial en los contextos de recursos bajos y medios.

El conjunto de intervenciones estará disponible como recurso en línea de libre acceso y tendrá diferentes destinatarios. Los ministerios de salud podrán planificar la integración de las intervenciones de rehabilitación en sus servicios nacionales de salud; los investigadores podrán identificar las lagunas en la investigación sobre la rehabilitación; las instituciones académicas podrán elaborar planes de estudio para la formación de profesionales de la rehabilitación; y los proveedores de servicios podrán

planificar y aplicar intervenciones de rehabilitación específicas en sus programas de rehabilitación.

Cieza, Causey, Kamenov, Hanson, Chatterji, & Vos, (2020); Hartvigsen, Hancock, Kongsted, (2018) detallan los acuerdos de la OMS y los acuerdos con diversos países con el interés del manejo de los trastornos músculo esquelético cuyo objetivo es planificar una respuesta que ayude a mejorar los servicios de rehabilitación músculo esquelético, así como identificar los factores que facilitan o impiden el avance de la agenda mundial de rehabilitación.

Situación en México, datos del INEGI, (2020) la población es de 126 millones de mexicanos, son mujeres 51.2%, de las cuales 16 millones de mujeres padecen dolor por diferentes causas y lo viven con mayor intensidad que los hombres, INEGI (2020). Las personas que viven con dolor crónico físico afectan las esferas: biológica, psicológica y social, en la última definición de dolor crónico por la OMS menciona que es una alteración funcional o estrés emocional multifactorial debido a gran diversidad de causas donde las personas que viven con dolor crónico físico, que afecta su vida cotidiana y que este está presente en millones de seres humanos.

El dolor es un problema grave, ya que esta alteración afecta en la vida cotidiana a las personas, pues altera sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, referente a la vida laboral de las personas se enfrentan a una vida posiblemente limitada por los efectos de este, que lo llevara a un sentimiento de frustración, angustia y desaprobación social.

Datos del Instituto de Salud Pública (INSP), menciona que en México carecemos de información estadística que no nos permite conocer el impacto que provoca el dolor crónico en la población general, los hallazgos encontrados en el Estudio Nacional sobre salud y envejecimiento en México, señala que el 41.5% de los adultos de más de 50 años sufren dolor siendo más frecuente en mujeres con el 48.3% contra un 33.6% en hombres, ya que 1 de cada 3 personas tiene dolencias graves y no pueden tener una vida normal, ni realizar ejercicio, un sueño no reparador, no participar en actividades sociales y acuñado a esto el dolor crónico es la principal causa de ausentismo laboral y

discapacidad. (Barragán, Mejía, Gutiérrez, 2007; Pérez, Aragón, Torres, 2017; García, 2017)

Se requiere un mayor esfuerzo para aliviar y tratar a las personas que sufren el dolor ya que es un problema para el paciente y su familia además de que los profesionales y las instituciones de salud eluden o tratan en forma inapropiada el dolor.

En la última definición de dolor crónico por la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que es una alteración funcional y multifactorial debido a causas biológicas, psicológicas y sociales donde las personas que viven con dolor crónico físico, que afecta las esferas psicológica, la fisiología y a sus emociones, presentado en millones de seres humanos, el dolor es un problema grave, ya que esta alteración afecta en la vida cotidiana a las personas, pues altera sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

En el cuidado enfermería en las actividades de manejo del dolor por TME, la rehabilitación es necesaria así como implementar estrategias de atención en relación al autocuidado de la persona para hacerle frente a su estado actual considerando las creencias específicas para su atención, así mismo que percepciones tiene de el mismo y con qué recursos dispone relacionado con el contexto de su dolor crónico articular y su tratamiento, y a pesar de los avances científicos y tecnológicos aún existe una alta proporción de mujeres que sufren a causa de la presencia del dolor, encontrando obstáculos para la realización de las labores del hogar, hacer ejercicio, utilizar algún tipo de transporte, alteraciones en el sueño y en el mal manejo de la analgesia.

El dolor muscular y articular crónico no siempre responde a la terapia manual tradicional, ya que es un reto utilizar el tratamiento más eficiente y adecuado para cada caso, siendo necesario el tratamiento requerido de enfermería en rehabilitación para la terapia práctica, con participación del equipo multidisciplinar proveedor de atención. Cuando los avances tecnológicos o farmacéuticos demuestran hacer que el trabajo sea más efectivo, se necesita abandonar las viejas costumbres.

Más allá de los músculos y las articulaciones, se debe establecer una forma de evaluar manualmente los receptores que dan información a los tejidos nerviosos. Para

una práctica de terapia manual más completa que tiene en cuenta las conexiones más profundas (Dickerson, 2019)

La teoría de Orem establece que la enfermera debe prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención, por sus estados de salud y por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria, ya que debe ofrecer necesidades de ayuda de acuerdo a la incapacidad de las personas y proporcionar orientación de cuidados de calidad y continuados, necesario es el autocuidado para su salud realizados por sí mismos y según la situación de cada persona, el personal de enfermería debe enseñar acciones para promover y mantener la vida, la salud y el bienestar individual con la intención de que lleven a cabo una actividad de autocuidado y de cómo los familiares y amigos proporcionen cuidados cuando la persona tiene incapacidad de realizarlo.

Pregunta de Investigación

¿Cómo describen las mujeres adultas su autocuidado en la vida cotidiana con dolor muscular y articular crónico y sus consecuencias?

I.3 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad a nivel mundial el dolor crónico es considerado como una enfermedad en sí misma y no solo un síntoma, generando un sufrimiento que afecta la calidad de vida en sus actividades cotidianas de las personas y siendo la principal causa de ausentismo laboral representando un problema de salud pública a nivel mundial afectando del 25% al 29% en las personas adultas, sin embargo, en México menciona el INSP, (2019) que se carece de información científica y estadística que permita conocer el impacto del dolor crónico en la población en general.

Según un análisis reciente de los datos relativos a la carga mundial de morbilidad con trastornos musculo esqueléticos son aproximadamente 1710 millones de personas en todo el mundo tienen trastornos musculoesqueléticos.

Magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de la presencia de dolor crónico en la población, en México 18.8 millones de personas problemas músculo esqueléticos alrededor de 3 por cada 10 personas. Distribuyéndose en ambos sexos en el que se encontró en un estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México, señala que el 41.5% de los adultos de más de 50 años reporta sufrir dolor siendo frecuente en mujeres con un 48.3% en comparación de los hombres con un 33.6%, teniendo ciertas consecuencias en las personas que lo padecen. Problema que prevalece y se incrementa con relación al incremento de la edad menores de 35 años 2.98 millones, entre 35 y 64 años 9.06 millones, y de 65 y más años 6.22 millones, Estos datos son en un país europeo sin embargo refleja el predominio del dolor a mayor edad mayor posibilidad de presentarlo y los datos que se muestran mencionan que el incremento mayor es en la población adulta.

El autocuidado en el cotidiano de las mujeres adultas con dolor muscular y articular crónico donde las experiencias que viven los pacientes diagnosticados con dolor crónico en el proceso de enfermedad que puede dirigirlos a la desesperanza, ya que influye en como perciben el dolor, como interfieren en las personas y en la manera de como lo afrontan, sin embargo cuando las mujeres que presentan estas condición de dolor crónico experimentan cambios en la vida cotidiana, las aspiraciones, los roles de cuidado y pérdida de la libertad como de la autonomía para realizar sus actividades, ya que las

mujeres que viven con el dolor lo sienten como un entrometido que modifica la relación con su pareja, amigos y familiares, también se menciona que las mujeres deciden ocultar los síntomas de su enfermedad ante su entorno social para evitar ser rechazadas o juzgadas por el entorno en el que viven. (Sanabria & Gers, 2018).

Existen múltiples barreras que dificultan el logro del alivio y el control del dolor entre esos obstáculos están las instituciones de atención a la salud en la falta de disponibilidad de los servicios y recursos, en los profesionales de la salud por falta de protocolos y prácticas establecidas para tratar los síntomas del dolor e integración a su vida cotidiana con la mejor calidad de vida y otras de las causas es la falta de administración de la medicación prescrita por parte de enfermería, la valoración del dolor de forma inadecuada, bien, por subestimar el dolor ya que con frecuencia se afirma que el objetivo de enfermería no es la eliminación del dolor sino solo calmarlo y por lo tanto la inseguridad aumenta cuando la persona no recibe la información adecuada de los profesionales de enfermería, se deben mejorar las intervenciones específicas a cada persona para que afronte un proceso de atención mejorando esencialmente su vida cotidiana.

Es necesario que la enfermera integre las intervenciones de autocuidado a la persona, evalúe el nivel de dependencia, y el acompañamiento necesario para su cuidado tanto personal como en las terapias prescritas para que se incorporen a su vida cotidiana con la mejor calidad de vida, así como una esperanza de una vida saludable, ya que al experimentar emociones negativas afectan otras funciones normales de su cuerpo y si el dolor se intensifica presentarán mayor temor y una expectativa incierta de su vida creando inseguridad en su futuro.

En relación con el tratamiento integral de la medicación por parte de enfermería aun es un reto para la toma de decisiones terapéuticas adecuadas en el manejo y la resolución al tratamiento del dolor, existen causas de un mal control del dolor en el empleo incorrecto de analgésicos y el no uso de esta intervención, así como sabiendo que existen escalas de valoración la realizan de forma inadecuada subestimando el dolor y sus consecuencias. Es por eso por lo que en la atención en su recuperación exista una intervención integral no solo para tratar el dolor sino al ser humano atendiendo sus

esferas tanto emocional, física y espiritual siendo afectadas por el dolor crónico. (González & Moreno 2007).

La teoría de Orem, (2018) del autocuidado es trascendental, puesto que menciona que la función de enfermería que es ayudar al individuo a mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar sus consecuencias y en su teoría de sistemas de enfermería es ayudar a compensar el déficit, guiar, enseñar, apoyar, proporcionar un entorno para su desarrollo y reforzar la participación de las personas en el cuidado de su salud.

Existen múltiples barreras que dificultan el logro del alivio y el control del dolor entre esos obstáculos están las instituciones de atención a la salud en la falta de disponibilidad de los servicios y recursos, en los profesionales de la salud por falta de protocolos y prácticas establecidas para tratar los síntomas del dolor e integración a su vida cotidiana con la mejor calidad de vida y otras de las causas es la falta de administración de la medicación prescrita por parte de enfermería.

Mariner & Raile, (2018) afirman que reducir el sufrimiento tanto físico como emocional se podría mejorar la adaptación y la recuperación del problema del dolor, la enfermera debe acentuar una atención integral del paciente a través de un cuidado emocional y no solo al cuidado físico y uno de los factores por los que ha dejado esta atención es por la sobrecarga de trabajo donde la relación enfermera-paciente ha dejado una brecha para convertirse en una relación objetiva y fría.

I.4 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el autocuidado, desde las experiencias cotidianas en las mujeres que padecen dolor muscular y articular crónico y sus consecuencias

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir la representación del dolor crónico en las mujeres con relación al déficit del autocuidado, así como repercusiones por la cronicidad de dolor físico.

Analizar las terapias y cuidados interdependientes que las mujeres realizan en búsqueda de mejoría.

Proponer una agencia de autocuidado de enfermería para personas con dolor muscular y articular crónico para mejorar el estado de salud.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

II.1 Antecedentes

Desde la antigüedad el dolor ha estado presente y en la actualidad es un acompañante innato de la vida, un compañero lacerante, Alberth Schuehzer llamo al *dolor* lo más terrible de los señores de la humanidad. Etimológicamente “Pain” en ingles derivado de poena en latín “castigo” y paciente derivado del latín “Patior” el que aguanta o soporta sufrimiento o dolor. (Pérez, Abejón, Ortiz, Pérez, 2005)

Antes del siglo XVIII, en las civilizaciones antiguas los primitivos creían que el dolor estaba localizado en el cuerpo, que lo causaban demonios, humores malignos o espíritus de muertos que entraban en el cuerpo por los orificios, la cultura maya promulgaba el dolor como sinónimo de muerte, el compañero inseparable de la muerte, la prueba del sufrimiento ultimo y el cese de todas las emociones. En la india se consideraba una frustración de todos los deseos. (Pérez, 2005)

Entre 460-377 aC. Hipócrates gran físico griego planteaba el dolor como una alteración del equilibrio normal del organismo que yacía en el corazón, Aristóteles fue el primero en mencionar que el dolor es una alteración del calor vital del corazón y a su vez determinada por el cerebro de este argumento se encamino a entender el SNC siendo el corazón motor y origen del dolor y Galeno 130-200 dC. Contribuyo al entendimiento del dolor y descripción del sistema nervioso relacionándolo directamente con el cerebro y negaba la idea de un alma inmortal causante del dolor por lo que fue considerado anticristiano. (Pérez, 2005)

Avicena, médico reconocido como el Cannon de la Medicina escribió un tratado en el resaltaba la anatomía de los receptores del dolor en el ventrículo anterior y describe 15 tipos de dolor e inflamación. Leonardo Da Vinci, hace una descripción anatómica de los nervios y los relaciona directamente con el dolor confirmando la teoría Galénica. (Merskey, and Bogduk, 1994; Muñoz, 2016).

Entre 1942-1946 Livingston explica el mecanismo del dolor, de la causalgia y sus estados afines creando un laboratorio de investigación para el dolor. Posteriormente John Bonica derivado de los problemas de las heridas implemento la primera unidad dedicada

al tratamiento del dolor y publica un libro sobre su tratamiento, finalmente la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) (2020). Define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a daño tisular real o potencial, enfatizando que las personas aprenden el concepto del dolor a través de las experiencias de la vida y que cumplen una función adaptativa pudiendo tener efectos adversos sobre la funcionalidad, el bienestar social y psicológica. (Moscoso, 2015).

II.2 Marco Teórico Conceptual

Una cultura del dolor, del sufrimiento, se ha podido representar en una frase “*resignación*”, difundido por la mentalidad de la persona y posiblemente el sufrimiento ya que el dolor corporal es una forma de condición indigna de una vida armónica, saludable y feliz, experimentando el dolor del cuerpo humano a través de las enfermedades y la violencia generando a un mundo hacia el mercado y negocio para su tratamiento. (Muñoz, 2016).

Las condiciones para las alteraciones músculo esquelético. El término "afecciones musculoesqueléticas" se usa a menudo para incluir una amplia gama de afecciones de salud que afectan a los huesos, las articulaciones, los músculos y la columna vertebral, así como más raras las afecciones autoinmunes como el lupus. Los síntomas comunes incluyen dolor, rigidez y pérdida de movilidad y destreza, a menudo interfiriendo con la capacidad de las personas para llevar a cabo sus actividades diarias normales. En términos generales, hay tres grupos de afecciones musculoesqueléticas ver tabla No.1 Thomas (2016)

En la atención a los síndromes del malestar de las mujeres sólo se oyen las quejas biológicas, los dolores, pero no lo que está causándolos, porque son una demanda implícita de denuncia de género, es decir: que una mujer necesita dejar de cuidar y sentirse libre, independiente, ganar dinero propio, tener tiempo de formación, de ocio, etc. Pero como no tiene sustitución alguna ni familiar ni institucional para dejar de cuidar, se invisibiliza, lo que le causa los síntomas con la medicación tranquilizadora y esta actitud facilita la cronificación de los problemas por la ausencia de diagnóstico. (López, 2011).

Tabla No. 1. Problemas musculares y articulares y los desencadenantes

	Edad	Progresión	Prevalencia e impacto	Tratamiento principal	Factores de riesgo
Problemas inflamatorios	Afecta a cualquier edad	Es de rápida instalación	Abarca un grupo importante de la población Puede afectar alguna parte del cuerpo incluyendo órganos internos	Especialista tratamiento urgente si es necesario en hospital en pacientes ambulatorios.	Factores genéticos, fumadores Obesos y diabéticos
Problemas músculo esqueléticos	Es factor de riesgo la edad	Presentación gradual	Abarca gran grupo de la población afecta articulaciones columna vertebral el sistema del dolor	Tratamiento basado en los cuidados primarios	+ de 40 años sexo, genética y lesiones o enfermedad previa
Osteoporosis y fracturas	Afecta las personas de mayor edad	Fragilidad para fracturas	Abarca gran número de la población adulta mayor, Más común Sitios de fracturas: Cadera, muñeca y los huesos espinales	Prevención basada en la atención primaria ambulatoria algunas fracturas pueden requerir cirugía	Edad genética factores: fumador, alcoholismo, desorden inflamatorio Nutrición pobre y baja actividad física

Fuente: Estudió en Reino Unido por problemas de artritis y los desencadenantes (Arthritis Research UK, Woring with arthritis. 2016)

Por otra parte se ha estigmatizado a la mujer en relación a tener un umbral más reducido, y tiene dolor ante estímulos de menor intensidad y que existen múltiples condiciones de dolor a comparación que los hombres, sugieren que las mujeres tiene un perfil biológico que las predispone a experimentar quejas ante estímulos de dolor más bajas y así sufren un dolor clínico desproporcionado, ya que por tradición se dice que las mujeres soportan mayor la intensidad de dolor y un claro ejemplo es el parto que se considera un dolor casi insoportable (Moscoso, 2015).

Las mujeres refieren altos niveles de dolor, diversas zonas o sitios de dolor y tienden a expresar más información sobre síntomas emocionales tendiendo a tener un mayor grado de depresión y ansiedad, tienden a prestar más atención a los aspectos emocionales del dolor que sufren. (Smith, 2021), ver figura No .1

Figura No. 1. Sitio de localización y frecuencia del dolor



Copyright: staras, Image ID: 189716345 vis Shutterstock.com

II.3 La salud biopsicosocial y cambios en el adulto

Los cambios fisiológicos en la persona adulta entre 40 a 65 años, periodo de edad que puede iniciarse un deterioro lento de las capacidades sensoriales, así como de la salud, el vigor y la resistencia, pero las diferencias entre individuos son vastas, en el desarrollo cognitivo las habilidades mentales llegan a su máximo se eleva la competencia y capacidad práctica para resolver problemas. La producción creativa declina, pero es de mejor calidad. Algunos alcanzan el éxito profesional y su poder de generar ganancias está en la cúspide; otros experimentan agotamiento y cambio de profesión. (Papalia, Feldman, Martorell, 2012)

Desarrollo psicosocial. Prosigue el desarrollo del sentido de identidad; se produce la transición de la mitad de la vida. La doble responsabilidad de cuidar a los hijos y a los padres causando tensiones. La partida de los hijos deja el nido vacío en la adultez media,

en términos cronológicos, como la etapa entre los 40 y 65 años, con los avances en los ámbitos de salud y duración de la vida, se elevan los límites superiores subjetivos de la edad media. En cambio, entre las personas de posición socioeconómica baja, los puntos inicial y final de edad media se establecen antes, quizá por la mala salud entre otros. (Papalia, et al., 2012)

Muchas personas de edad media están en la cúspide de su carrera y gozan de un sentimiento de libertad, responsabilidad y control sobre su vida y hacen contribuciones importantes al mejoramiento social, otros desembocaron en callejones sin salida. Algunas personas de edad media corren maratones; otras se entrenan trepando escaleras empinadas. Unos tienen una memoria más aguda; otros sienten que su memoria comienza a disminuir. (Papalia, et al., 2012)

En esta edad, muchos adultos abrigan un estable sentimiento de control sobre su vida, al tiempo que manejan sus pesadas responsabilidades y sus funciones múltiples y exigentes: gobernar el hogar, el departamento o la empresa, independizar a los hijos y, quizá, hacerse cargo de padres ancianos o iniciar una carrera nueva. Otros más se sacuden los sueños estancados o persiguen metas nuevas y más estimulantes. Lo que hagan las personas y cómo vivan está muy relacionado con la forma en que envejecen. La edad media puede ser una época, no de declive y mengua, sino también de dominio, capacidad y crecimiento, una época para revalorar las metas y aspiraciones y para decidir sobre la mejor manera de aprovechar el resto de la vida. (Papalia, et al., 2012)

Cambios físicos. Lo que no se usa, se atrofia. Las investigaciones dan fe de la sabiduría de esa creencia popular. Aunque algunos cambios fisiológicos son resultado del envejecimiento biológico y la composición genética, factores conductuales y de estilos de vida arrastrados desde la juventud pueden afectar la probabilidad, momento y extensión de un cambio físico. En el mismo sentido, sanos hábitos de salud e higiene en los años medios influyen en lo que ocurre en los años siguientes. Cuanto más hace la gente, más puede hacer, las personas que desarrollan gran actividad desde edades tempranas cosechan los beneficios de tener más vigor y resiliencia después de los 60. Las personas que llevan una vida sedentaria pierden tono muscular y energía y cada vez

se inclinan menos a ejercitarse. Con todo, nunca es tarde para adoptar un estilo de vida más sano. (Papalia, et al., 2012)

Funcionamiento sensorial y psicomotriz. De la adultez temprana a la edad media, los cambios sensoriales y motrices son casi imperceptibles, hasta que un día, un hombre de 45 años se da cuenta de que no puede leer el directorio telefónico sin anteojos o una mujer de 60 tiene que admitir que sus reflejos ya no son tan rápidos como antes. Al envejecer, es común que los adultos experimenten diversos deterioros perceptuales, incluyendo problemas auditivos y visuales. (Papalia, et al., 2012)

Los adultos comienzan a perder sensibilidad al tacto después de los 45 años y al dolor después de los 50 años. Sin embargo, se conserva la función protectora del dolor y, en consecuencia, los adultos mayores conservan la sensibilidad a los niveles más elevados de dolor y es probable que indiquen un alivio inadecuado del dolor. Esto es preocupante toda vez que el dolor es una consecuencia de muchas enfermedades crónicas. La fuerza y la coordinación declinan de manera gradual desde su máximo en los veinte. Hacia los 45 años se advierte alguna pérdida de fuerza muscular; de 10 a 15% de la fuerza máxima se pierde a los 60 años. La explicación es la pérdida de fibras musculares, sustituidas por grasa. La fuerza de asimiento refleja el peso al nacer y el crecimiento muscular de los primeros años de la vida, así como la posición socioeconómica de los padres en la infancia y es un importante factor de pronóstico de discapacidades, pérdidas funcionales y mortalidad. (Papalia, et al., 2012)

Con todo, la declinación no es inevitable: el entrenamiento de fuerza en la edad media previene la pérdida muscular e incluso permite recuperar vigor. La resistencia se conserva mucho mejor que la fuerza. La pérdida de resistencia es el resultado de la disminución gradual del ritmo de metabolismo basal (el consumo de energía para mantener las funciones vitales) después de los 40 años. Las habilidades que más se ejercitan son las más resistentes a los efectos de la edad que las que se usan menos; por ello, los deportistas sufren una pérdida menor de resistencia que el promedio. Por lo regular, la destreza manual se deteriora después de los 35, aunque algunos pianistas, como Vladimir Horowitz, siguen siendo ejecutantes brillantes a pesar de sus ochenta años. (Papalia, et al., 2012)

El cerebro en la edad media. Al envejecer, el cerebro experimenta deterioros en varias áreas, sobre todo en el caso de tareas que requieren un tiempo de reacción rápido o hacer malabares con múltiples ocupaciones. El deterioro es mayor en las tareas que implican elección de respuestas (como presionar un botón cuando se enciende una luz y otro cuando se escucha un tono) y habilidades motrices complejas que involucran muchos estímulos, respuestas y decisiones. (Papalia, et al., 2012)

Esto se debe en parte a que la capacidad para ignorar las distracciones disminuye gradualmente con la edad, lo que hace más difícil realizar muchas cosas al mismo tiempo. Algunos de esos deterioros pueden deberse a cambios físicos reales en el cerebro. Por ejemplo, en la edad media se hace más frecuente el fenómeno de la punta de la lengua en que la persona está segura de que sabe una palabra, pero no puede recuperarla de la memoria; y es probable que las personas que experimentan dicho fenómeno con mayor frecuencia muestren más atrofia en la ínsula izquierda, un área del cerebro asociada con la producción del habla. (Papalia, et al., 2012)

Además, con la edad empieza a estropearse la mielina, la capa grasa que recubre los axones nerviosos y contribuye a que los impulsos avancen con mayor rapidez en el cerebro. No es sólo que nuestro cerebro parezca trabajar con mayor lentitud, en realidad es más lento. En muchos casos, incluso a pesar del deterioro en ciertas habilidades, el conocimiento basado en la experiencia puede más que compensar los cambios físicos. Por lo regular, los adultos de edad media son mejores conductores que los más jóvenes, y los mecanógrafos de 60 años son tan eficientes como los de 20 años.

Los trabajadores industriales calificados en sus cuarentas y cincuentas a menudo son más productivos que antes, lo que en parte obedece a que suelen ser más concienzudos y cuidadosos. Los trabajadores de edad media son menos propensos que los trabajadores más jóvenes a sufrir lesiones incapacitantes en el trabajo lo que puede ser producto de la experiencia y el buen juicio que compensan cualquier disminución en la coordinación y habilidades motrices. (Papalia, et al., 2012)

Los deterioros no son necesariamente inevitables ni permanentes incluso cuando envejecemos nuestro cerebro mantiene su flexibilidad y puede responder de manera positiva. En particular, los ejercicios aeróbicos son benéficos para la función cerebral y

los cambios estructurales y sistémicos. Los cambios de aspecto se hacen notables en los años de la mitad de la vida. Hacia la quinta o sexta décadas, la piel pierde tersura y suavidad, pues la capa de grasa que está debajo de la superficie se adelgaza, las moléculas de colágeno se endurecen y las fibras de elastina se hacen quebradizas. Cambios en el pelo y la piel porque baja la producción del pigmento melanina, en la edad media aumenta de peso debido a la acumulación de grasa y pierde estatura porque se encogen los discos vertebrales, la densidad ósea alcanza su máximo en los veinte o los treinta años y luego, se sufre pérdida ósea porque se absorbe más calcio del que se reemplaza, de aquí la fragilidad ósea por lo tanto la pérdida ósea se acelera en los cincuenta y sesenta; es dos veces más rápida en las mujeres que en los hombres y a veces produce osteoporosis, las articulaciones se endurecen debido a la acumulación de tensión, pero mejora el funcionamiento con ejercicios que amplían las variedades de movimiento y fortalecen los músculos que sostienen las articulaciones. (Papalia, et al., 2012)

Muchas personas de edad media e incluso de mayor edad sufren poco o ningún deterioro del funcionamiento orgánico. Pero en algunas, el corazón comienza a bombear de forma más lenta e irregular a mediados de los cincuenta. Las paredes arteriales se engrosan y adquieren gran rigidez. A finales de los cuarenta y comienzos de los cincuenta, las enfermedades cardíacas se vuelven comunes. La capacidad vital, que es el volumen máximo de aire que los pulmones pueden inhalar y exhalar, comienza a disminuir hacia los 40 años. La regulación de la temperatura y el sistema inmune se debilitan y el sueño ya no es tan profundo. (Papalia, et al., 2012)

Salud física y mental. Sólo 12.5% de las de 45 a 54 y 20% de las de 55 a 64 años limitan sus actividades por condiciones crónicas (principalmente artritis y trastornos circulatorios), lo que aumenta con la edad. Sin embargo, los nacidos después de la segunda guerra mundial suelen ser menos saludables, las cohortes más jóvenes mostraron mayores incrementos en los problemas de salud, incluyendo actividades básicas asociadas con la vida diaria, la realización de tareas cotidianas como preparar la cena o usar el baño y problemas de movilidad. En este grupo, la discapacidad en cada área aumentó entre 40 y 70%. En contraste, en las cohortes más viejas no se observaron

esos cambios. Esta investigación sugiere que las personas que están entrando en los sesenta enfrentan discapacidades importantes (más que sus contrapartes de las generaciones previas), lo que supone un costo considerable sobre el ya sobrecargado sistema de salud. (Papalia, et al., 2012)

No sorprende entonces, que la investigación también haya demostrado incrementos en el uso de servicios médicos. El porcentaje de citas médicas en que se recetaron cinco o más medicamentos se duplicó (a 25%) en los últimos 10 años. Además, se observó un aumento significativo en las tasas de hospitalización para la inserción de un stent (o endoprótesis vascular) y reemplazos de cadera o rodilla, igual que para otros procedimientos quirúrgicos de menor alcance. (Papalia, et al., 2012)

Tendencias de salud a la mitad de la vida. A pesar de su salud por lo general buena, muchas personas a la mitad de la vida, sobre todo las de posición socioeconómica baja, tienen problemas crecientes de salud y se preocupan los signos de un posible deterioro. Es posible que tengan menos energía que en su juventud y que experimenten fatiga y dolores ocasionales o crónicos. La prevalencia de las limitaciones físicas aumenta con la edad, de alrededor de 16% en las edades de 50 a 59 años a casi 23% al final de los sesenta; y este efecto es más marcado para los afroamericanos y las mujeres. A muchos adultos se les dificulta desvelarse. Es más fácil que contraigan ciertas enfermedades, como hipertensión y diabetes, tardan más en recuperarse de enfermedades o agotamiento. (Papalia, et al., 2012)

Influencias de la conducta en la salud. La dieta. El exceso de peso en la edad media aumenta el riesgo de deteriorar la salud y morir, aun en personas sanas. En un estudio prospectivo durante 12 años de 1 213 929 coreanos adultos de 30 a 95 años, quienes mostraban sobrepeso o peso insuficiente tuvieron índices de mortalidad mayores que los de peso normal. Incluso cambios pequeños de peso pueden marcar una gran diferencia. La actividad física a la mitad de la vida aumenta las probabilidades de conservar la movilidad en la vejez al evitar el aumento de peso y mantener la salud por más tiempo también ayuda a esquivar la mortalidad. (Papalia, et al., 2012)

En 1992, entre una muestra nacional representativa de 9824 adultos estadounidenses de 51 a 61 años, quienes practicaron ejercicio frecuente de moderado

a vigoroso tuvieron alrededor de 35% menos probabilidades de morir en los siguientes ocho años que los que tenían estilos de vida sedentarios. Los que vivían con factores de riesgo cardiovascular, como tabaquismo, diabetes, hipertensión y antecedentes de enfermedad de arteria coronaria, se beneficiaron más de la actividad física. Incluso 72 minutos de ejercicio a la semana aumentan de manera significativa la condición física de mujeres que eran sedentarias.

El deterioro en la salud cardiovascular es particularmente marcado después de los 45 años. Factores indirectos, como la posición socioeconómica, raza, etnia y género también afectan la salud. Lo mismo pasa con las relaciones sociales. Por ejemplo, la soledad en la adultez media predice descensos en la actividad física. Otro factor importante es el estrés, cuyos efectos acumulados en la salud física y mental comienzan a aparecer en la edad media. Posición socioeconómica y salud. Las desigualdades sociales siguen afectando la salud en la edad media, las personas de posición socioeconómica baja tienen peor salud, menor expectativa de vida, más limitaciones de actividades por alguna enfermedad crónica y menor bienestar. (Papalia, et al., 2012)

II.4 Epidemiología del dolor

En el análisis de causas y tratamiento del dolor, la ciencia hace una descripción de dolor. Las enfermedades relacionadas con el *Dolor*, la historia del dolor subyace como un síntoma que acompaña a muchas enfermedades o lesiones, se han manifestado desde el principio de la vida del hombre como una hermenéutica místico-religiosa. Desde el hombre primitivo creía que el dolor estaba localizado en el cuerpo y que esto lo causaban seres malignos, demonios y espíritus como un castigo lo cual dañaba el alma, en el periodo neolítico (10 000-7000 a.C.) donde sacaban el dolor por medio de sangrías, enemas, provocando vómitos con sustancias mal olientes, los sumerios (400 a.C.) usaban una planta llamada dormidera (alegría) de donde inicia el uso de opioides. (Pérez, et. al., 2005)

Posteriormente hubo hallazgos pues se demuestra en estudios patológicos de las enfermedades se generaron evidencias de sociedades primitivas que padecieron fracturas, malformaciones esqueléticas, enfermedades osteoarticulares con dolores de diferente intensidad y duración que desde la existencia del ser humano el dolor forma

parte de nuestra vida y ha perpetuado en todas las civilizaciones siendo un elemento de nuestra identidad como persona (Bautista, Ortega, Gómez, 2005)

En la antigüedad hasta la actualidad se ha buscado las causas que generan el dolor, así como lo desafiante que es el tratamiento por ser desde un dolor no tratable y crónico que ha sufrido miles de seres humanos a lo largo de la historia, describían que había una distinción entre el dolor agudo que antiguamente era uno de los signos visibles de la enfermedad y el dolor crónico como una enfermedad en sí misma, en la década de 1980 miembros de la comunidad científica, filósofos, neurólogos, anestesiólogos mencionaban que el dolor agudo podía mantener un grado de utilidad, que podía permitir anticipar la presencia de alguna condición mientras que el dolor crónico se interpretaba como un gran desorden que causaba sufrimiento al paciente, entorno familiar y a la sociedad. (Moscoso, 2015; Muñoz, 2016).

Según la North American Nursing Diagnosis Association, conceptúa el dolor crónico como una sensación desagradable repentina o gradual, de intensidad variable, de leve a severa, constante o recurrente, sin final predecible y con una duración mayor a 6 meses. El dolor crónico es una sensación subjetiva, cuya intensidad y tolerancia depende del significado que la propia persona otorgue a su dolor y de su percepción, por lo que su abordaje debería tener una perspectiva multifactorial: psicológica, física y farmacológica. Cristóbal, (2011) lo relaciona porque es debido a ese carácter subjetivo de la percepción de dolor, que pueda ser difícil de tratar.

Diversos autores han considerado al dolor crónico como un problema de salud pública. Se ha sugerido que este problema de salud afecta del 25 al 29% de la población general a nivel internacional; sin embargo, diversos reportes han documentado una prevalencia entre el 8 y el 80%. Esto se debe a las controversias metodológicas que existen respecto a la definición de cronicidad.

En la Unión Americana, el 17% de los pacientes atendidos en los centros de atención primaria presentan dolor crónico, Casi 15 millones de adultos estadounidenses viven con dolor severo en las articulaciones relacionado con la artritis. El dolor articular severo limita la capacidad de una persona para realizar tareas básicas y afecta su calidad de vida. Aprender habilidades de autocontrol y estar activo puede ayudar a controlar el

dolor severo en las articulaciones. En nuestro país carecemos de información documental acerca de la prevalencia de este síndrome, sin embargo, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, 5% de los padecimientos atendidos por médicos de primer contacto, son dolorosos por definición. (CDC, 2022)

Los estudios epidemiológicos del dolor crónico en Europa arrojaron una prevalencia de un 19%, en el Reino Unido una prevalencia del 43.5 % de la población. En la encuesta Nacional de Salud de E.U. 2016 una prevalencia del 11% al 40% en dolor crónico y en Latinoamérica fluctúa entre un 16% y 42% de acuerdo con su duración, a las metodologías y a las diferentes poblaciones. (The state of musculoskeletal Health, 2019)

Según la encuesta Survey Pain Europe, uno de cada 5 adultos sufre dolor crónico. Sus repercusiones recaen sobre el paciente, disminuyendo su calidad de vida, sobre su familia y el sistema sanitario y económico. El 20% de los pacientes con dolor crónico en Europa han perdido su trabajo a causa de dicho dolor y las bajas laborales son, al menos, de 15 días al año, siendo el 40% de ellas incapacitantes para llevar una vida cotidiana (Cristóbal, 2016).

En México las causas de morbilidad están asociadas a la presencia del dolor destacando enfermedades del corazón, diabetes mellitus, cáncer y accidentes diversos entre ellos los musculoesqueléticos. Cifras proporcionadas por el Instituto de Estadísticas Geografía e Informática (INEGI 2020) que el 15% de la población general manifiestan un dolor que de 126 millones de mexicanos en el año 2020 de ellos 16 millones padecen este penoso síndrome del dolor crónico.

El dolor es definido por la Real Academia Española basada en su etimología (doloris) como aquella sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior y exterior y también como un sentimiento de pena o congoja que se padece en el ánimo. En la antigüedad clásica el concepto de dolor expresaba una alteración en el equilibrio entre los diferentes humores que constituían el organismo caracterizado como un sustrato de alerta o defensa que como elemento negativo per-ser. (Bilbeny, 2019)

Además, el dolor crónico ha sido definido como aquel dolor que persiste más allá del tiempo de la recuperación de una injuria, o aquel dolor que persiste o recurre por más

de tres meses. La nueva revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), que comienza a regir el año 2022, incorpora al dolor crónico como una enfermedad propiamente tal, clasificándola en dolor crónico primario y síndromes de dolor crónico secundario.

En relación con los aspectos epidemiológicos, cabe destacar que la prevalencia en Chile es de un 32%, siendo el dolor moderado a severo el 85% y, principalmente, osteomuscular (65%) dentro de las cuáles el lumbago y la artrosis son las dos causas más frecuentemente mencionadas. El dolor crónico es de larga duración y se presenta a diario. Respecto a los tratamientos del dolor, un 30% refiere que es malo. Causa un alto impacto y deterioro en la calidad de vida con gran ausentismo laboral, especialmente, en el grupo de edad con mayor actividad laboral (Bilbeny, 2019)

En la publicación de 1982 La internacional Asociación de estudio del dolor (IASP) define al dolor como una experiencia sensorial y emocional no grata, relacionada o no, con el daño existente o potencial de los tejidos o definido en función del dicho daño, en la actualidad se define como dolor somático, donde se encuentra su origen en estructuras como tejidos blandos, piel, estructuras articulares, músculos y tendones.

El dolor agudo es una respuesta fisiológica ante algún estímulo adverso, una cirugía, un traumatismo, una enfermedad siendo también algunos factores mecánicos, físicos y químicos comportándose como un signo de alarma, tiene una duración inferior a un mes y en ocasiones puede extenderse hasta 6 meses, este al tener una aparición repentina limita al instante las actividades cotidianas.

El dolor crónico se manifiesta más allá del fin biológico de defensor, no es un síntoma de alerta su permanencia temporal es extensa y estimula a quien lo presenta, un sufrimiento físico y moral destructor. El dolor crónico es una patología prevalente en la población general, tanto la prevalencia como la intensidad son mayores en mujeres que en los hombres aumentando paralelamente con la edad, el dolor interfiere en las actividades de la vida diaria en las mujeres, ya que el número medio de puntos de dolor es superior al de los hombres (Pérez, 2020)

El estudio de la biología menciona que hombres y mujeres somos diferentes, el funcionamiento y estructura es distinta ya que nuestras hormonas son responsables de influir, sentir, pensar, emocionar y sobre todo en cambios sociales y culturales, hace 25 años los investigadores y epidemiólogos demostraron que respondemos de diferente forma al dolor situando una mayor prevalencia en mujeres en una ratio de 20 mujeres por 1 hombre. (López, Rodríguez, Méndez, Mancebo, Gómez, 2003)

El observatorio del dolor por la Sociedad Española del dolor (SED), y el ministerio de sanidad señala también que la prevalencia del dolor crónico es dos veces mayor en mujeres que en hombres, siendo más frecuente, intenso y de mayor duración, indicaron también que las mujeres tienen peor salud y acuden más frecuente a un sistema sanitario, consumen más analgésicos prescritos o no prescritos que los hombres.

Respuestas neurofisiológicas han demostrado mayor estrés y sensibilidad al dolor entre las mujeres, existe una mayor vulnerabilidad en las mujeres por los factores sociales de un patrón de desigualdad y brecha de género, en la exposición temprana al estrés, trastornos físicos y mentales, largos periodos de sueño interrumpidos y de mala calidad, periodos de lactancia y crianza, trabajos repetitivos y monótonos sin condiciones ergonómicas y muy tempranas, desempeño del rol del cuidador, rol profesional y doméstico.; y entre los factores subjetivos son las experiencias vividas, experiencias infantiles traumáticas, violación, pérdidas y la desvalorización de roles femeninos, (de la Cruz, Mota, Agüera, Islas, 2016)

El dolor agudo se define como de reciente aparición y probable duración limitada, con relación causal, temporal y daño real, desencadenado por estímulos nocivos, nociceptivos y neuropáticos, asociado con daño potencial y función anormal de músculos, tendones, huesos y vísceras, sin producir lesión hística actual. Según Bonica, (2020) considera al dolor agudo una respuesta normal, fisiológica y predecible del organismo frente a una agresión química, física o traumática. Por tanto, dolor agudo es aquel que persiste mientras dura el proceso de curación o cicatrización de los tejidos, en este sentido, un dolor cuya duración excede de 3 a 6 meses puede considerarse como crónico.

El dolor crónico persiste más allá del tiempo de curación de lesiones o enfermedades, sin identificar una causa para ello, prolongado por más de un mes

después del curso habitual de un proceso agudo o del tiempo razonable para sanar una lesión, o todo dolor asociado a un proceso patológico crónico, causante de dolor continuo o recurrente. El dolor en músculos y articulaciones puede ser provocado por un tumor maligno o por la terapéutica sobre el mismo, o ambas causas, tiene un debut agudo, que transita hacia la curación o la cronicidad y depende de la superficie hística afectada y del estadio de la enfermedad. En el seno de un cuadro de dolor crónico que pueden aparecer, además, episodios agudos. (Bonica, 2020)

El dolor se define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a daño tisular real o potencial, enfatizando que las personas aprenden el concepto del dolor a través de las experiencias de la vida y que cumplen una función adaptativa pudiendo tener efectos adversos sobre la funcionalidad, el bienestar social y psicológica. Livingston 1942-1946, explica el mecanismo del dolor, de la causalgia y sus estados afines. (Pérez et al, 2005)

En relación de la frecuencia de dolor por género Pérez (2020), menciona que el dolor es más frecuente en mujeres sobre todo al inicio de la pubertad y que este está ligado, a las culturas, creencias y vivencias previas de cada mujer y sobre todo de su ambiente sociocultural., este no se puede generalizar es individual, menciona también que por el factor hormonal que va ligado con los estrógenos, que durante el embarazo el feto ha tenido experiencias dolorosas durante este periodo serán futuros adultos con más prevalencia de dolor crónico.

II.5 Fisiología del dolor

Los receptores del dolor denominados nociceptores se estimulan como consecuencia de una lesión directa de la célula receptora o a través de la liberación de productos químicos como la bradicinina. Sin embargo, el dolor se produce cuando se libera el mensaje de dolor a lo largo de la médula espinal, hasta el cerebro donde es interpretado el estímulo.

La North American Nursing Diagnosis Asociación, define el dolor crónico en una sensación desagradable repentina o gradual, de intensidad variable, de leve a severa constante o recurrente, sin final predecible y con una duración de más 6 meses, el dolor crónico es una sensación subjetiva cuya intensidad y tolerancia depende del significado

que la propia persona otorgue a su dolor y de su percepción por lo que su abordaje debería tener una perspectiva multifactorial: psicológica, física y farmacológica, (Cristóbal, 2011)

Después de la generación del potencial de acción en los nociceptores, las señales eléctricas conducto a través de los nervios periféricos al sistema nervioso central. La despolarización de la terminal presináptica es un paso crítico, que lleva a la continuación de las señales eléctricas en el claxon dorsal. Dentro del claxon dorsal, las fibras Uno-beta grandes, rápidas, y mielinizadas llevan las señales eléctricas de los mecanorreceptores y modulan la actividad nerviosa. La opinión final del dolor nociceptivo ocurre como resultado de varios caminos en la médula espinal y de regiones en el cerebro. El dolor nociceptivo somático se origina de nociceptores de la piel, huesos, tejidos, músculos y articulaciones que generalmente es un dolor afilado y profundo. (Bonica, 2020).

El dolor crónico es debido a la estimulación de los nociceptores es donde existe el daño tisular y se observa su persistencia aun después de que el daño tisular del tejido se haya reparado, esta persistencia del estímulo a ciertas condiciones fisiopatológicas establecen el dolor crónico, ya que la injuria excede la capacidad del organismo a sanar debido a la pérdida de una parte del mismo, a la gran extensión del trauma, a la cicatriz subsecuente o a la respuesta del sistema nervioso o el daño en si (Bonica, 2020)

Este tipo de dolor crónico no tiene componentes neurovegetativos, pero sí efectos psicológicos y conductuales afecta al paciente y su familia, ya que este dolor se acompaña de alteraciones en múltiples sistemas ya que tienen consecuencias físicas y psicológicas devastadoras, por ejemplo: en el sistema articular presenta fibrosis y rigidez y en sistema muscular pérdida de masa, fuerza y coordinación muscular (Dagnino, 2018)

Bonica, (2020). El dolor nociceptivo es la consecuencia de una lesión somática o visceral, es un tipo de dolor que implica la detección de estímulos nocivos por nociceptores que se lleva a través del sistema nervioso central para que el cuerpo responda y se proteja del daño, por ejemplo el dolor de una quemadura, contusión, infección, daño al hueso o daño muscular, el dolor puede ser temporal o puede continuar durante un largo periodo de tiempo, los nociceptores tiene un alto umbral de la activación

y requieren de un estímulo para generar un potencial de acción, sin embargo el daño al tejido de neuronas o la exposición de ciertas sustancias tales como la serotonina, histamina, prostaglandinas e iones hidrogenados pueden aumentar la sensibilidad de los nociceptores que se conoce como hiperestesia. Tabla No 2

Tabla No. 2 Caracterización, localización y distribución del dolor

Tipo de dolor	Localización y distribución del dolor
Dolor localizado	Evocada por la estimulación nociceptiva de estructuras somáticas.
Dolor irradiado	El que se transmite por todo el trayecto de un nervio con distribución segmentaria o periférica y suele acompañarse por hiperalgesia, hiperestesia y dolor profundo al tacto
Dolor referido	Se percibe en regiones alejadas con una inervación diferente de la de los tejidos estimulados, es vago y de difícil localización.
Dolor somático	Cuando el origen está en un tejido somático y puede ser sordo, mordiente, descrito como presión expansiva y se extiende a áreas difíciles de precisar, pero ya que se establece y tiende a fijar su localización.
Dolor visceral	El origen del dolor es en un órgano visceral profundo y se acompaña de hiperalgesia e hiperestesia y dolor profundo a la palpación, espasmo muscular o trastorno del sistema autónomo
Dolor mantenido por el Sistema Simpático	No se ajusta a ninguna distribución nerviosa segmentaria o periférica ni patrón reconocido, se acompaña de hiperalgesia, hiperestesia y atrofia
Dolor psicógeno	El sitio y la distribución del dolor no siguen ningún patrón neuroanatómico normal y se cree que son originados por alteraciones psicológicas o psiquiátricas.
Dolor iatrogénico	Es el dolor es causado por los tratamientos de radioterapia, quimioterapia, causados por cirugías, es difícil determinar la incidencia real del dolor debido a los tratamientos.

Fuente: Merskehg & Bogduk, 1994; Bonica, 2020

Después de la generación del potencial de acción en los nociceptores, las señales eléctricas conducto a través de los nervios periféricos al sistema nervioso central. La despolarización de la terminal presináptica es un paso crítico, que lleva a la continuación de las señales eléctricas en el claxon dorsal. Dentro del claxon dorsal, las fibras Uno-beta grandes, rápidas, y mielinizadas llevan las señales eléctricas de los mecanorreceptores y modulan la actividad nerviosa. La opinión final del dolor nociceptivo ocurre como

resultado de varios caminos en la médula espinal y de regiones en el cerebro. El dolor nociceptivo somático se origina de nociceptores de la piel, huesos, tejidos, músculos y articulaciones que generalmente es un dolor afilado y profundo, (Bonica, 1990).

El sistema muscular y articular. El sistema muscular es un conjunto de 600 músculos que existen en el cuerpo humano su función principal es de producir movimiento, estabilizar la posición del cuerpo, regula el volumen de los órganos, moviliza sustancias dentro del cuerpo y produce calor y todas sus funciones juegan un gran papel en la importancia de la vida normal. Las articulaciones es el área de contacto entre los huesos, un hueso y un cartílago o entre tejido óseo y los dientes y se clasifican en fibrosas, cartilaginosas y sinoviales, dentro de sus funciones son construir un punto de unión del esqueleto, producir movimientos mecánicos, proporcionar elasticidad y plasticidad al cuerpo, permitir crecimiento de los huesos, resistencia y absorción de fuerzas, protección y flexibilidad. (Tortora & Derrickson, 2018)

El dolor originado por afecciones musculares y articulares. Los dolores musculares o mialgias en la mayoría de las veces tienen carácter benigno y autolimitado, involucra ligamentos, tendones, fascias, tejidos blandos que se conectan a los músculos, huesos y órganos. Este dolor crónico puede ser producido por lesiones por trauma, sobrecarga, tensión o estrés, alteraciones metabólicas y endocrinas, hipotiroidismo, infecciones sistémicas localizadas, enfermedades reumatológicas, polimialgias.

Estas lesiones se clasifican en: extrínsecas, mecanismo directo por un traumatismo de alto impacto. Las intrínsecas, por la aplicación de una fuerza tensional superior a la resistencia del tejido apareciendo una contractura muscular, distensión, rotura o desgarro.

Ambos tipo de lesiones que pueden provocar un dolor crónico es por la consecuencia de una evolución inadecuada de lesiones musculares agudas que entre ellas están la fibrosis muscular, donde existe una pérdida de elasticidad de las fibras musculares y limitación funcional tras una ruptura parcial sin tratamiento adecuado provocando un nódulo fibroso cicatrizal, por ejemplo en una fibromialgia hay presencia

de dolor crónico musculoesquelético generalizado con bajo umbral del dolor, hiperalgesia y alodinia y la intensidad fluctúa a lo largo del tiempo.

El dolor crónico en músculos suele acompañarse de fatiga, problemas de sueño, rigidez articular, cefaleas, sensación de tumefacción, ansiedad, depresión, problemas de concentración y memoria.

El dolor articular también llamado artralgia si no existe un componente inflamatorio y artritis cuando se presenta la inflamación en una articulación y/o tejidos adyacentes, este dolor se caracteriza por la inflamación siendo mecánico o artrosis y neuropático, su etiología se encuentra en enfermedades autoinmunes, procesos infecciosos, alteraciones musculoesqueléticas, degenerativas o deberse a un esfuerzo o sobrecarga en la articulación. (Ramos, Blas & López, 2015)

II.6 Los servicios de salud y la atención a las personas con dolor

La calidad de los servicios son desafíos para las instituciones donde se busca opciones y alternativas de gestión para mejorar la calidad de atención proporcionada a todos los usuarios, un aspecto donde se requiere mayor esfuerzo es el adecuado control del dolor que satisfaga las necesidades del usuario. Esto representa un reto para todas las instituciones de salud, de cómo es el manejo efectivo del dolor, el cual la función de enfermería es primordial para disipar el dolor (Zavala, González, 2008).

Existen múltiples barreras que dificultan el logro del alivio y el control del dolor entre esos obstáculos están las instituciones de atención a la salud en la falta de disponibilidad de los servicios y recursos, en los profesionales de la salud por falta de protocolos y prácticas establecidas para tratar los síntomas del dolor e integración a su vida cotidiana con la mejor calidad de vida y otras de las causas es la falta de administración de la medicación prescrita por parte de enfermería, la valoración del dolor de forma inadecuada, bien, por subestimar el dolor ya que con frecuencia se afirma que el objetivo de enfermería no es la eliminación del dolor sino solo calmarlo y por lo tanto la inseguridad aumenta cuando la persona no recibe la información adecuada de los

profesionales de enfermería, se deben mejorar las intervenciones específicas a cada persona para que afronte un proceso de atención mejorando esencialmente su vida cotidiana. (Zavala, et al., 2008).

Lo ideal en el control del dolor es mantener la concentración plasmática sostenida del fármaco, cualquiera que sea su vía de administración, por lo que es necesario que las enfermeras conozcan lo relativo a la farmacocinética y farmacodinamia como sustento de sus acciones, pues es enfermería la que se responsabiliza de la adecuada valoración del dolor, el control de los fármacos, su administración, la respuesta de los mismos, y de proporcionar información y educación tanto al paciente como a la familia, de tal forma que el enfermo reciba el máximo beneficio del tratamiento y se genere la adecuada comunicación interdisciplinaria. (Zavala, et al., 2008)

La prevalencia del dolor de moderado a intenso en los pacientes que cursan con dolor es necesario contar con herramientas útiles que ayuden a aliviarlo ya que no se disponen teorías que apoyen a los profesionales de enfermería para desarrollar un papel eficiente para controlar el dolor sin embargo esta la teoría del rango medio es sustentada para las intervenciones del cuidado de enfermería dado que esta teoría explica los fenómenos ligados con el trabajo cotidiano de enfermería. Esta teoría del rango medio tiene dos características fundamentales cuentan con postulados y conceptos que pueden medirse y codificarse de manera objetiva, esto hace posible que se emitan hipótesis y se cuantifiquen de modo empírico. También están las guías de práctica clínica que son lineamientos o postulados que incluyen recomendaciones para apoyar al profesional de salud, así como a los pacientes para decidir el cuidado de los pacientes apropiado para cada situación clínica con base a las condiciones clínicas, intervenciones y resultados. (Smith, 2021).

Existen múltiples barreras que limitan el control y alivio del dolor, entre ellas: instituciones de salud, profesionales de la salud, pacientes y familia. Las instituciones de salud consideran que el problema del dolor es complejo debido a su multicausalidad y gran complejidad, que no conoce límites territoriales, sociales ni la edad (Toledano, 2009) y en cuanto a las barreras institucionales se encuentran la falta de disponibilidad de

servicios de dolor durante el fin de semana, formas de valorar el dolor, protocolos o practicas establecidas para tratar los síntomas (Guerra, 2010).

El dolor es una causa que más afecta la calidad de vida de las personas y tratarlo de forma inadecuada es un grave problema asistencial y ético de primera magnitud afecta de forma directa a las personas y atenta contra su dignidad entendida como la suma de sus derechos y el valor particular que tiene la naturaleza humana por tener libre uso de la razón y el juicio que confiere la inteligencia. El manejo de la salud, entre ellos, el personal de enfermería y los médicos que tiene la responsabilidad de tratar al enfermo, lo cual significa que deben valorar el sufrimiento de los pacientes ya que este sufrimiento depende de los valores del individuo como de sus causas físicas, los aspectos psicológicos, sociales y espirituales del tratamiento son componentes determinantes de una buena atención (Pérez, 2012).

II.7 Marco teórico referencial

Se realizó una búsqueda sistemática y se identificaron los principales diagnósticos diferentes osteoartritis, artritis reumatoide con presencia de dolor y edema de las articulaciones, fibromialgia con afección de dolor diseminado, dolor lumbar, claudicación intermitente y calambres, dolorosos en las piernas, trastornos mecánicos del cuello, dolor del cuello, lesión de la médula espinal, dolor patelofemoral presencia de dolor en la parte delantera de la rodilla, encontrando:

Anderson y Rozo (2015) menciona en su artículo el manejo del dolor tiene un enfoque principal en la medicina física y rehabilitación en tratamiento del dolor tanto agudo como crónico e incluye un amplio espectro de estrategias , en las cuales menciona el manejo multidisciplinar siempre visto desde un punto de vista biopsicosocial: el fisiatra, enfermería (Conocimiento de la patología, trabajar y colaborar con el equipo multidisciplinario, coordinación de la atención al paciente, prevención de complicaciones, observación periódica de las características claves: movilidad, cuidado de vías respiratorias, integridad de la piel, interacción con los familiares y el paciente), fisioterapia, psicología clínica, terapia ocupacional y nutrición.

En la valoración de la persona en un examen físico, se identifican diagnósticos y funcionalidad, incluyendo las áreas más globales de deterioro (es decir, marcha, el equilibrio y la fuerza) midiendo el impacto que la discapacidad que le genera al paciente y se individualiza el manejo para dar la mejor atención que cada paciente requiere, las opciones de tratamiento incluyen terapia física, terapia ocupacional, la polifarmacia racional, órtesis, valoración del entorno social, nutricional y cambios en el estilo de vida, así como la educación en un plan casero que dé continuidad al tratamiento. (Andersson, et, al. 2015)

En el abordaje del dolor tiene una importancia cada vez mayor en los planes de atención al paciente considerándose cada vez más un tema de gran relevancia para los profesionales de la salud y para la sociedad en general. Sin embargo, y pese a la implicación de la gran mayoría de las especialidades y al desarrollo de diversas herramientas, todavía somos incapaces de controlarlo en muchos pacientes. Cada vez hay menos dudas en que el tratamiento debe ser multidisciplinar y por ello en los Servicios de Rehabilitación debemos de evaluar la magnitud del problema del dolor en nuestras consultas y aportar la experiencia de nuestras técnicas en el manejo de este. (García, Casallo, Gómez, Cortina & Moreno, 2020).

La función principal de la Medicina Física y Rehabilitación es prevenir, curar o minimizar la discapacidad. En los casos en que la discapacidad es irreversible, el objetivo es la adaptación del paciente y de su familia a la nueva situación funcional previniendo el deterioro posterior por las complicaciones. La Rehabilitación ha sido descrita como “Un proceso de resolución de problemas basado en medidas educativas dirigidas a reducir la limitación para la actividad y la restricción para la participación experimentada por una persona como resultado de una enfermedad, siempre dentro de las limitaciones impuestas tanto por los recursos disponibles como por la enfermedad de base, (Andersson, et al., 2015)

Estudio de Moreno, García, Casallo, Gómez, Cortina & Moreno, (2020), los hallazgos muestran que el 94,9 % presentaban dolor, edad media 58,7 años, siendo el 67,4% mujeres. Las patologías musculoesqueléticas (88,4%) y el dolor nociceptivo,

crónico y discontinuo fueron la causa y el tipo más frecuentes. La intensidad media del máximo dolor percibido con EVN fue de 5,7 y durante el tratamiento de 4,8. Las ondas de choque y la cinesiterapia fueron las técnicas más dolorosas. El 36,4% no tomaban analgésicos. Por lo tanto, Moreno et, al (2020), mencionan que la prevalencia de pacientes con dolor en los servicios de rehabilitación es muy alta. Afirmando que es necesario establecer controles para identificar el dolor antes y durante las técnicas de tratamiento, así como protocolos de analgesia según la intensidad del mismo.

Tratamiento del dolor. Geneen, Moore, Clarke, Martin, Colvin, Smith, (2017). Señalan los programas de actividad física o ejercicios utilizados en los ensayos variaron en cuanto a la frecuencia, la intensidad y el tipo, e incluyeron actividades en tierra y en el agua, y se centraron en el aumento de la fuerza, la resistencia, la flexibilidad y la amplitud de movimiento y en los ejercicios de activación muscular. Otros tratamientos integran: Core o del equilibrio, así como yoga, Pilates y Tai chi. Los resultados del tratamiento del dolor según estudios mencionan que la calidad de las terapias califica baja en relación con los resultados esperados, de aquí se determina la complejidad de las lesiones, así como los tratamientos, y sobre todo el tiempo que se ha tenido con esa lesión las recidivas que ha generado, el tipo de trabajo, complejidad física, sobre esfuerzo físico entre otros.

En relación con la intensidad del dolor, varias revisiones señalaron resultados favorables del ejercicio: sólo tres revisiones que informaron la intensidad del dolor no encontraron cambios estadísticamente significativos en el dolor habitual ni medio después de cualquier intervención. Sin embargo, los resultados no fueron consistentes a través de las intervenciones y el seguimiento, ya que el ejercicio no produjo de forma sistemática un cambio (positivo ni negativo) en las puntuaciones de dolor informadas por el paciente en ningún punto temporal.

La funcionalidad psicológica y calidad de vida: los resultados son favorables al ejercicio y los eventos adversos, daño potencial y muerte: sólo el 25% de los estudios incluidos informaron de manera activa los eventos adversos. Según las pruebas disponibles, la mayoría de los eventos adversos fueron aumento de las molestias o el

dolor muscular, que supuestamente cedieron después de unas pocas semanas de la intervención, (Geneen et al. 2017)

Hoy en día, las terapias para control del dolor, está compuesta por terapias farmacológicas, no farmacológicas, quirúrgicas y alternativas, contribuye a ampliar el campo de la elección del tratamiento y aporta beneficios a todos y cada uno de los individuos. Los medicamentos, hierbas e infusiones, bloqueos nerviosos, acupuntura y acupresión, estimulación eléctrica transcutánea (TENS), masajes, termoterapia, reiki, toque terapéutico, la aromaterapia y los ejercicios que conforman los diversos tipos de tratamiento disponibles. (Geneen, et al. 2017).

Por otra parte, se debe visualizar los eventos adversos, así como la dependencia a los analgésicos pueden llevar a la persona a un daño potencial y muerte: sólo el 25% de los estudios incluidos (en 18 revisiones) informaron de manera activa los eventos adversos. Según las pruebas disponibles, la mayoría de los eventos adversos fueron aumento de las molestias o el dolor muscular, que supuestamente cedieron después de unas pocas semanas de la intervención. Solo una revisión informó la muerte separada de otros eventos adversos: la intervención tuvo un efecto protector sobre la muerte, aunque no alcanzó significación estadística. (Geneen, et al. 2017)

Partiendo de lo descrito hasta ahora, el fenómeno del dolor tiene una gran trascendencia, impactando en la vida cotidiana del ser humano de tal manera que es capaz de alterar todo el contexto físico, biológico y psíquico que lo rodea. Por lo tanto, es de suma importancia que el equipo de enfermería sepa identificar al paciente con dolor y poder intervenir para eliminarlo y prevenir eventos recurrentes; por lo tanto, dado que este profesional tiene conocimiento sobre la condición dolorosa, no solo en su contexto físico sino también los métodos de tratamiento farmacológicos y no farmacológicos, podrá, junto con el equipo médico, introducir una terapia efectiva y proporcionar alivio y bienestar al cliente.

II.7.1 Intervenciones de enfermería en la evaluación y el tratamiento del dolor

En el ámbito de enfermería existen artículos que revelan la mala información con respecto al dolor y de cómo se lleva en forma subjetiva sin protocolos ni instrumentos de valoración ya que este se determina en función de variables psicológicas, señales vitales, aspecto físico, experiencias y comunicación del paciente y otros estudios mencionan que la enfermera realiza la valoración de forma inadecuada, bien por subestimar el dolor de los individuos o bien por entender tan solo el comportamiento doloroso del enfermo (fruncir el ceño, gesticular o expresar con tensión). Y se afirma que el objetivo del personal de enfermería no es la eliminación total del dolor sino mitigarlo. (Kain, 2000; Muñoz, 2011 & Theodorescu, 2010).

El personal de enfermería debe definir los problemas del paciente después de un razonamiento y pensamiento crítico donde le permita tomar decisiones de cuidado en relación con este síntoma corporal específico ya que al identificar el dolor se acompaña de otros problemas inherentes a la experiencia de vivir con dolor entre ellos el temor y la angustia ya que constituye un desafío para enfermería (Guerra de Hoyos, 2010-2013). Por lo tanto, es de suma importancia que el equipo de enfermería sepa identificar al paciente con dolor y poder intervenir para eliminarlo y prevenir eventos recurrentes; por lo tanto, dado que este profesional tiene conocimiento sobre la condición dolorosa junto con el equipo médico, introducir una terapia efectiva y proporcionar alivio y bienestar al cliente. (Cristóbal, 2011)

Por lo tanto es necesario que la enfermera integre las intervenciones de autocuidado a la persona, evalúe el nivel de dependencia, y el acompañamiento necesario para su cuidado tanto personal como en las terapias prescritas para que se incorporen a su vida cotidiana con la mejor calidad de vida, así como una esperanza de una vida saludable, ya que al experimentar emociones negativas afectarán otras funciones normales de su cuerpo y si el dolor se intensifica presentarán mayor temor y una expectativa incierta de su vida creando inseguridad en su futuro.

En relación con el tratamiento integral de la medicación por parte de enfermería aun es un reto para la toma de decisiones terapéuticas adecuadas en el manejo y la

resolución al tratamiento del dolor, existen causas de un mal control del dolor en el empleo incorrecto de analgésicos y el no uso de esta intervención, así como sabiendo que existen escalas de valoración la realizan de forma inadecuada subestimando el dolor y sus consecuencias. Es por eso por lo que en la atención en su recuperación exista una intervención integral no solo para tratar el dolor sino al ser humano atendiendo sus esferas tanto emocional, física y espiritual siendo afectadas por el dolor crónico. (González & Moreno 2007).

La teoría de D. Orem, (2018) del autocuidado es trascendental puesto que menciona la función de enfermería que es ayudar al individuo a mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar sus consecuencias y en su teoría de sistemas de enfermería es ayudar a compensar el déficit, guiar, enseñar, apoyar, proporcionar un entorno para su desarrollo y reforzar la participación de las personas en el cuidado de su salud.

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud y bienestar, este fundamento permite entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería, este autocuidado debe aplicarse de forma intencionada y continúa con el tiempo y necesidades de la persona en cada etapa de su vida ya que es ejercida por enfermeras a través del ejercicio de su profesionalismo ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con problemas de autocuidado o de cuidado dependientes, aplicado a las personas cuando no pueden hacerlo solas, están enfermas o carecen de conocimientos, habilidades o motivación necesaria. Siempre y cuando se tomen en cuenta factores básicos condicionantes internos como externos que afectan al individuo para ocuparse de su autocuidado como el sexo, edad, estado de salud orientación sociocultural, factores ambientales y el acceso a los servicios de salud.

Es necesario que enfermería en carencia de este problema tomen conciencia del autocuidado que requiere la persona afectada con alguna enfermedad en función de mejorar o mantener el estado de salud a través de las posibilidades que le brinda el

personal de enfermería, por lo cual debe nutrirse de las experiencias personales, normas culturales y conductas aprendidas, modificables o no, crear así los niveles de compromiso, para conservar la salud y bienestar de las personas (mujeres) que sufren de dolor crónico. (Naranjo, Concepción & Rodríguez, 2017)

Sin duda, el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que incapacita y angustia, siendo responsable del desequilibrio en la vida cotidiana de los individuos que lo sienten. La enfermería, como parte del equipo multidisciplinario, es la que más tiempo pasa en el cuidado de los pacientes, por lo que es necesario que conozca la fisiología del dolor, los métodos de evaluación y tratamiento para que pueda reconocer e intervenir durante el proceso del dolor y comprender sus consecuencias psicofisiológicas para que pueda implementar cuidados que ofrezcan comodidad y bienestar al cliente asistido. (Naranjo, et al., 2017)

Al evaluar a un paciente con dolor, la enfermera revisa la descripción del paciente del dolor y otros factores que pueden influir en este, es decir., la experiencia previa, la ansiedad y la edad, así como la respuesta de la persona a las estrategias de alivio del dolor. Además de la entrevista y recolección de datos que deben ser adecuados según el tipo de cliente y que abordarán todo el contexto bio-psico-social en el que se inserta, la enfermería puede hacer uso de escalas de dolor, como método de evaluación del nivel de intensidad y malestar que esta señal causa.

Los cambios fisiológicos involuntarios como el aumento de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria, la palidez y la sudoración deben ser evaluados por la enfermera durante el cuidado de los pacientes con dolor, así como la búsqueda de la causa, los factores precipitantes y la atenuación de este signo. En la búsqueda de la causa, es necesario evaluar el estado físico y psíquico del cliente. En la evaluación del estado físico, se debe realizar un examen de todos los sistemas: tegumentario, cardiovascular, pulmonar, gastrointestinal, genitourinario, musculoesquelético y neurológico, (Naranjo, 2017)

En la evaluación tegumentaria, la búsqueda de ulceraciones, cianosis, hematomas, edema y rubor. En la evaluación cardiovascular, inspección y palpación en

los miembros superiores e inferiores, las regiones sacra y cervical, búsqueda de edema, cianosis, varices y congestión de la vena yugular, así como la auscultación cardíaca, pueden revelar deterioro que está interfiriendo en el proceso circulatorio dando lugar al signo de dolor. En la evaluación pulmonar, la disnea, los cambios en el ritmo y la frecuencia respiratoria, auscultación en la región torácica y la radiografía pueden revelar alteraciones responsables del dolor. En el tracto gastrointestinal, preguntas sobre la presencia de estreñimiento, tipo de ingesta de alimentos, ingesta de agua y sociotécnica de inspección, auscultación, percusión y palpación, además, si es necesario, derivación al médico. En la evaluación del sistema genitourinario, preguntas sobre la ingesta de agua y eliminación, revisar edema y el dolor en la muñeca-percusión.

En la evaluación del aparato musculoesquelético, preguntas sobre la presencia de fatiga y alteración en la fuerza muscular, palpación en articulaciones, búsqueda de lesiones y visualización de deambulación. En la evaluación del aparato neurológico se realizarán preguntas sobre el pasado y el presente del cliente y pruebas de razonamiento lógico para evaluar el estado mental del paciente, así como la investigación de dolores de cabeza constantes que pueden estar asociados con la alteración de la oxigenación cerebral.

En la evaluación del estado psíquico del cliente, es necesario conocer sobre la vida cotidiana, su convivencia familiar y social, en la búsqueda de signos de estrés o aislamiento, que pueden deberse a depresivos y pánico, siendo somatizado por signos de hipocondría y dolor.

En individuos cuya comunicación verbal se ve obstaculizada o impedida, es necesario observar manifestaciones conductuales como: "rostros, posturas curvas, puños cerrados, temblores, cambios en la modulación de la voz, signos de ansiedad y manifestaciones emocionales de llanto, gemidos, entre otros y en los casos de pacientes intensivos, el diagnóstico de dolor se producirá cambiando sus patrones fisiológicos de presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, presencia de midriasis, sudoración y rigidez muscular.

En las funciones de la enfermería diagnosticará al cliente con dolor y sus posibles causas, registrando las alteraciones encontradas, evaluando la necesidad de derivar al profesional médico y elaborando posibles intervenciones inherentes a su responsabilidad, según cada caso. La enfermera ayuda a aliviar el dolor al administrar sustancias farmacológicas y/o no farmacológicas, evalúan la efectividad del tratamiento, monitorean la presencia de efectos adversos y actúan cuando alguna intervención prescrita es ineficaz.

La enfermería actúa en la prescripción de intervenciones no farmacológicas, respetando la aceptación y cultura de cada cliente. Así, la termoterapia, la orientación sobre la práctica de ejercicios como caminar, masajes, tacto terapéutico, distracción, cambio de posición, técnicas de relajación, terapias alternativas (reiki, acupuntura y acupresión) y musicoterapia son intervenciones que las enfermeras pueden implementar solas o asociadas a la terapia farmacológica, respetando sus competencias técnicas y legales, para la implementación de estas intervenciones.

En la prescripción de la terapia farmacológica, la enfermera actuará en la administración de esta, la medicación y sus dosis siempre deben aplicarse de acuerdo con las necesidades del paciente. Por lo tanto, la enfermería es de suma importancia en esta fase, ya que es responsable de la realización de la administración de medicamentos, así como del seguimiento del cliente frente a la respuesta al tratamiento. La analgesia equilibrada: es eficaz cuando se utilizan en analgesia equilibrada o multimodal, identificar opioides, antiinflamatorios no esteroideos (IANES) y anestésicos locales que actúan por diferentes mecanismos. El uso de dos o tres puede aliviar el dolor, así como minimizar los efectos tóxicos de cualquier agente. (Fuentes, Aznar, 2020)

Amatriain, (2019). El tratamiento de enfermería para el control del dolor consiste en intervenciones independientes y de colaboración (la administración de analgésicos) con diferentes métodos para conseguir un alivio eficaz. Las medidas no invasoras como el masaje, la relajación progresiva y la imaginación dirigida. Es muy importante la identificación del dolor por parte de enfermería. Para ello es fundamental transmitir la sensación de que realmente está creyendo el dolor expresado por el propio paciente.

Para ello, hay que escuchar con atención lo que el cliente relata acerca de su dolor, atender las demandas del cliente con rapidez y nunca menospreciar su opinión.

Por otro lado, las enfermeras pueden ayudar a proporcionar información exacta a cerca del dolor, así como facilitar que hablen sobre sus diferentes reacciones emocionales entre las cuales se encuentran el miedo, frustración, impotencia e incapacidad para realizar sus tareas adecuadamente. Se debe explicar que el dolor es una experiencia individual y hablar sobre los motivos por los que el dolor aumenta o disminuye en diferentes circunstancias para que el paciente lo sepa identificar y tenga mayor manejo de la situación.

Un factor muy importante es el componente emocional que muchas veces acompaña al dolor, como el miedo y la ansiedad. La ansiedad aumenta la intensidad del dolor y a su vez un aumento del dolor genera mayor ansiedad, por lo que es tan importante tratar el dolor como la ansiedad. Resulta adecuado animar a los clientes a compartir sus miedos y preocupaciones acerca de su reacción ante el dolor. Los métodos de distracción consisten en desviar la atención de una persona y reducir la percepción del dolor. Los receptores localizados en la médula espinal que reciben el estímulo doloroso periférico pueden inhibirse con otro estímulo procedente de otras fibras nerviosas periféricas que transportan un estímulo diferente.

Técnicas de distracción.

Respiración lenta y rítmica: Animar al paciente a concentrarse en la sensación de respirar lenta y rítmicamente, evocando una imagen tranquila.

Masaje: Enseñar a paciente a respirar de forma rítmica a la vez que se aplica un masaje en una zona dolorosa con movimientos circulares o frotando suavemente.

Música: Animar al paciente que escuche y se centre en su música favorita, siguiendo el ritmo y letra.

Imaginación dirigida: Pedir al paciente que cierre los ojos e imagine y describa algún evento agradable es útil para la distracción de a experiencia dolorosa.

Los aceites analgésicos que contienen mentol alivian el dolor, sobre todo muscular y articular. Proporcionan una sensación inmediata de calor que persiste varias horas.

Aplicación de frío o calor: Las bolsas de hielo reducen la velocidad de conducción de los impulsos dolorosos al cerebro y de los impulsos motores a los músculos. El calor estimula la síntesis de serotonina, lo cual contribuye a que la persona se sienta segura y a salvo. Puede aplicarse en forma de paños o compresas calientes.

La estimulación contralateral se consigue mediante la estimulación de la piel de la zona opuesta al área dolorosa. Este sistema resulta eficaz cuando la zona dolorosa es hipersensible, no se puede tocar o inaccesible por yesos, vendajes u otros dispositivos.

Administración de analgésicos: Modifican la percepción y la interpretación del dolor a través de la depresión del sistema nervioso central. Son eficaces siempre que se administren antes de que el cliente manifieste el dolor. Por ello es fundamental administrarlo a intervalos regulares. La enfermera deberá revisar los efectos secundarios, efectos colaterales y alergias antes de administrarlos.

En la analgesia controlada por el paciente. Es un método de tratamiento del dolor que permite al paciente tomar parte activa en el tratamiento de su dolor, así como el tipo y la dosis de analgesia necesarias para el control del dolor varían dependiendo del paciente, consiste en la administración de una dosis previamente establecida de un agente narcótico mediante una bomba de infusión electrónica. esto permite obtener un grado de alivio del dolor mucho más constante que los sistemas tradicionales. Estos sistemas incorporan mecanismos de seguridad para evitar que el cliente sufra sobredosificación y uso abusivo. La mayor parte de bombas de permiten una infusión constante de narcótico, además de bolos autoadministrados. Para que este sistema tenga éxito es fundamental instruir al paciente.

Plan de Cuidados

Dolor agudo (experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos) R/C proceso de su enfermedad.

NOC: Control del dolor (1605).

NIC: Manejo de dolor (1400).

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, duración, frecuencia, intensidad y factores desencadenantes. Observar claves no verbales, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente y asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

Proporcionar información acerca del dolor, causas, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan y controlar los factores ambientales, así como animar al paciente a vigilar su propio dolor, utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.

Ansiedad (Sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo) R/C desconocimiento del proceso de enfermedad. (ver anexo d)

NOC: Control de la ansiedad 1402

NIC: Técnicas de relajación 5880

Mantener contacto visual con el paciente, reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad y reafirmar al paciente en su seguridad personal.

Estudio Orem, después de la valoración enfermera, se detecta un problema en el control y manejo del dolor que altera la calidad de vida de la paciente, así como la realización de las actividades de la vida diaria. Se pone en marcha un nuevo plan de terapia farmacológica controlada por la enfermera a través de un diario del dolor, así como el manejo de la analgesia, así mismo se debe conocer las desviaciones de la salud de nuestra paciente ya que facilita el poder realizar las intervenciones y actividades acordes a dicha desviación, así como plantear nuevos objetivos en función de los avances o retrocesos que podremos conocer cuando evaluamos la ejecución de las intervenciones.

Previo al inicio del tratamiento del dolor en los pacientes oncológicos es preciso realizar una valoración multidimensional del dolor. Se debe valorar de forma exhaustiva

aspectos relacionados con la percepción del dolor por parte del paciente oncológico. Intensidad del dolor, tipo de dolor, patrón del dolor, factores desencadenantes, factores de alivio, síntomas que acompañan al dolor y los efectos del dolor sobre las actividades de la vida diaria y finalmente, para un correcto control del dolor se recomienda tomar en cuenta una serie de acciones básicas:

Apoyo psicosocial óptimo al paciente

Uso adecuado de los fármacos analgésicos y de los coadyuvantes, teniendo presente la escalera analgésica del dolor de la OMS.

Para una correcta valoración del dolor, a través de la verbalización con la persona que representa dolor, inicio, intensidad, limitantes en otras, para cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y así ajustar el uso de los fármacos analgésicos. Estas escalas de valoración de dolor oncológico son generalmente de fácil manejo y entendimiento por parte de los pacientes, con lo que se recomienda su utilización en la práctica clínica diaria. Existen diferentes escalas de valoración del dolor:

Escalas verbales o de descriptores verbales: se evalúa la intensidad del dolor y el grado de mejoría que experimenta el paciente oncológico a partir de palabras que expresan diversos grados de intensidad.

Escala gráfica: se trata de una escala analógica visual en la que se indican números o adjetivos a lo largo de una línea, definiendo diversos niveles de intensidad del dolor. Este tipo de escala también puede utilizarse para comprobar el grado de efectividad del tratamiento.

La valoración enfermera a través de la Teoría del Autocuidado permite a la enfermera tener una visión integral de las demandas del paciente y las necesidades de cuidados.

La puesta en marcha de un plan de cuidados enfermeros ayuda a conocer mejor aquellas desviaciones de la salud que presenta un paciente y nos facilita el poder plantear con mayor seguridad y claridad los objetivos a alcanzar y qué intervenciones y actividades serán las mejores. Por ello, en este caso, se plantea también la importancia de la valoración del dolor mediante la escala EVA, como la quinta constante vital en las gráficas, no solo a nivel hospitalario, sino también domiciliario.

La OMS, además de plantear el alivio del dolor, considera que éste es un derecho humano, así como nuestro deber ser cubierto como una necesidad básica, por lo que es urgente la concienciación de los profesionales sanitarios en el control y manejo del dolor.

El enseñar a la paciente a tener un diario de control del dolor ayuda a los profesionales a saber en qué momento tiene más o menos dolor y qué terapia, farmacológica o no, es la más efectiva en cada momento.

Algunos estudios han revelado que la forma de cuidar de la enfermera puede percibirse diferente a los ojos de quien cuida, del profesional de salud, y a los ojos de quien recibe el cuidado. Conceptos como salud, enfermedad, cuidado, cura o tratamiento forman parte de la razón de ser entre las condiciones existenciales, fenomenológicamente más allá de lo cuantificable.

II.7.2 Modelo teórico de enfermería Dorothea E. Orem: Déficit autocuidado

Orem (2001) afirmó que la enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios organizados para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria. (Marriner, Raile, 2018)

Como otros servicios sanitarios directos, la enfermería tiene funciones sociales e interpersonales que caracterizan a las relaciones de ayuda entre quienes necesitan la asistencia y quienes la prestan. La Teoría del Déficit de Autocuidado en Enfermería (TDAE), está formada por conceptos y teorías que explican y describen a la enfermería en situaciones prácticas. Ofrece un servicio de ayuda característico que presta la

enfermería, que tiene que avanzar como un campo de conocimiento y de práctica, se necesitaba un corpus de conocimientos enfermeros estructurado y organizado. (Marriner, et al., 2018).

A través de la reflexión sobre situaciones de la práctica enfermera, es el estado que indica la necesidad de asistencia enfermera ante la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal. Se articularon tres teorías específicas, los sistemas de enfermería, déficit de autocuidado, además una teoría adicional, la del cuidado dependiente de forma paralela a la del autocuidado que ilustra el desarrollo de la TDAE, y contribuye a la enfermería, como: Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach, entre otras. (Marriner, et al., 2018).

La ontología de la TDAE se basa en cuatro categorías de entidades postuladas. Estas cuatro categorías son: Personas en localizaciones de espacio tiempo, atributos o propiedades de estas personas, movimiento o cambio y productos llevados a cabo. Por naturaleza «la visión de los seres humanos como seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, que están en proceso de conversión y que poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales». (Marriner et al., 2018)

Orem identificó visiones de los seres humanos, para desarrollar el conocimiento de los constructos de TDAE y para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros. Son la visión de persona, agente, usuario de símbolos, organismo y objeto y al adoptar una visión particular para cierto objetivo práctico no invalida la postura de que los seres humanos sean seres unitarios. (Marriner, et al, 2018).

El autocuidado, que se refiere a las acciones que realiza una persona con el fin de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar, se conceptualiza como: Acción deliberada: se refiere a las acciones realizadas por seres humanos individuales que tienen intenciones y son conscientes de sus intenciones de llevar a cabo, a través de sus acciones, condiciones o estados de cuestiones que no existen por el momento. (Marriner et al, 2018)

La visión de la persona como agente se refleja también en los elementos conceptuales de la TDAE de los cuidados de enfermería y el cuidado dependiente. En relación con la visión de persona como agente y la idea de acción deliberada y se basan en la suposición implícita de que los seres humanos tienen libre voluntad. (Arnold, Parsons y Wallace),

Orem en su teoría identificó dos conjuntos de ciencias enfermeras prácticas que indica la acción: las ciencias de la práctica enfermera constan de modelos y estándares de práctica, y de tecnologías que sirven de fundamento.

Figura No 2. Teoría de D. Orem déficit del autocuidado en enfermería.

Nivel de desarrollo de la teoría	Descripción
La ciencia del autocuidado	La ciencia del desarrollo y el ejercicio de la actividad del autocuidado en ausencia o presencia de limitaciones para la acción deliberada La ciencia de la asistencia humana para personas con déficits de autocuidado asociados a la salud.
Ciencia enfermera. Ciencias de la práctica enfermera	<ul style="list-style-type: none"> •Enfermería completamente compensatoria •Enfermería parcialmente compensatoria •Enfermería de apoyo-desarrollo
Las tres teorías TDAE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teoría de sistemas enfermeros. 2. Teoría del déficit de autocuidado. 3. Teoría de autocuidado.
Ciencias enfermeras que sirven de fundamento	Ciencia del autocuidado Ciencia del desarrollo y ejercicio de la actividad del autocuidado en ausencia o presencia de limitaciones para la acción deliberada. Ciencia de la asistencia humana para personas con déficits de autocuidado asociados a la salud. Ciencias enfermeras aplicadas y Ciencias básicas no enfermeras. Biológicas, médicas, humanas y ambientales.

Fuente: Marriner, Raile, (2018) Teoría del déficit del autocuidado en enfermería. Dorothea Elizabeth Orem.

En relación con esta estructura propuesta de las ciencias de la enfermería, Orem (2001) afirmó: «La separación, denominación y descripción de los dos conjuntos de ciencias se basan en mi conocimiento de la naturaleza de las ciencias prácticas, en mi conocimiento de la organización del tema en otros campos de la práctica y en mi comprensión de los componentes de los currículos educativos para las profesiones».

La expresión de Orem de la forma de la ciencia enfermera proporciona el marco para desarrollar un corpus de conocimientos para la formación de las enfermeras y para ofrecer asistencia enfermera en situaciones concretas de la práctica enfermera. La TDAE, con sus elementos conceptuales y cuatro teorías, identifica la sustancia o el contenido de la ciencia enfermera. (Marriner y et al, 2018)

Principales conceptos y definiciones

La teoría de enfermería de Dorothea Orem es una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas: la teoría del autocuidado, del déficit del autocuidado y de los sistemas de enfermería.

La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas, personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. La demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.

El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales.

Requisitos de autocuidado. Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende los siguientes requisitos:

1. Requisito del autocuidado universal
2. Requisito del autocuidado del desarrollo
3. El Requisito del autocuidado de la desviación de la salud

La naturaleza de las acciones de los requisitos son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, el objetivo del autocuidado mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital.

Los requisitos de autocuidado: El mantenimiento de un aporte suficiente de aire, alimentos y agua. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación, el mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso, entre la interacción social y la soledad, la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano y la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal que se define como aquello que es esencialmente humano y es con el talento de las personas.

Los requisitos de autocuidado del desarrollo: Están acorde con las características genéticas y constitucionales y se deberá prevenir o vencer los efectos de las condiciones humanas y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

Los requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud: Existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico.

Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

La enfermedad o la lesión no solo afectan a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral, cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave y estados de coma), los poderes desarrollados o en desarrollo de la persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento.

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de autocuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

Tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno

Teoría del Déficit de autocuidado

El déficit de autocuidado es la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada.

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado por enfermería. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones de acción completa o parcial, ofrece guías para la selección de los métodos para ayudar y comprender el papel del paciente en el autocuidado en cierto modo manejar los factores que son reguladores por sí mismos o su función y desarrollo dependiente

Las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona, particularizado para las condiciones y circunstancias existentes a través de unos métodos adecuados para lo siguiente: Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida). Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión).

La teoría del cuidado dependiente: Explica de qué modo los miembros de la familia y/o los amigos proporcionan cuidados dependientes para una persona que es socialmente dependiente. Se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.

La actividad de cuidado dependiente se refiere: A la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente.

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento. Describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente.

La demanda de cuidado dependiente es la suma de las medidas de cuidados en un momento específico o en un período de tiempo para cubrir la demanda de autocuidado terapéutico del dependiente cuando su habilitación de autocuidado no es adecuada u operativa.

Actividad enfermera

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado. La actividad enfermera incorpora también las capacidades de los profesionales de enfermería para ayudar a personas que proporcionan cuidado dependiente a regular el desarrollo o el ejercicio de su actividad de cuidado dependiente.

La teoría de sistemas enfermeros: Describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Diseño enfermero

El diseño enfermero, una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, permite a los profesionales de enfermería, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería.

Sistemas enfermeros.

Los sistemas enfermeros son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de sus

pacientes para conocer y cubrir los componentes de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

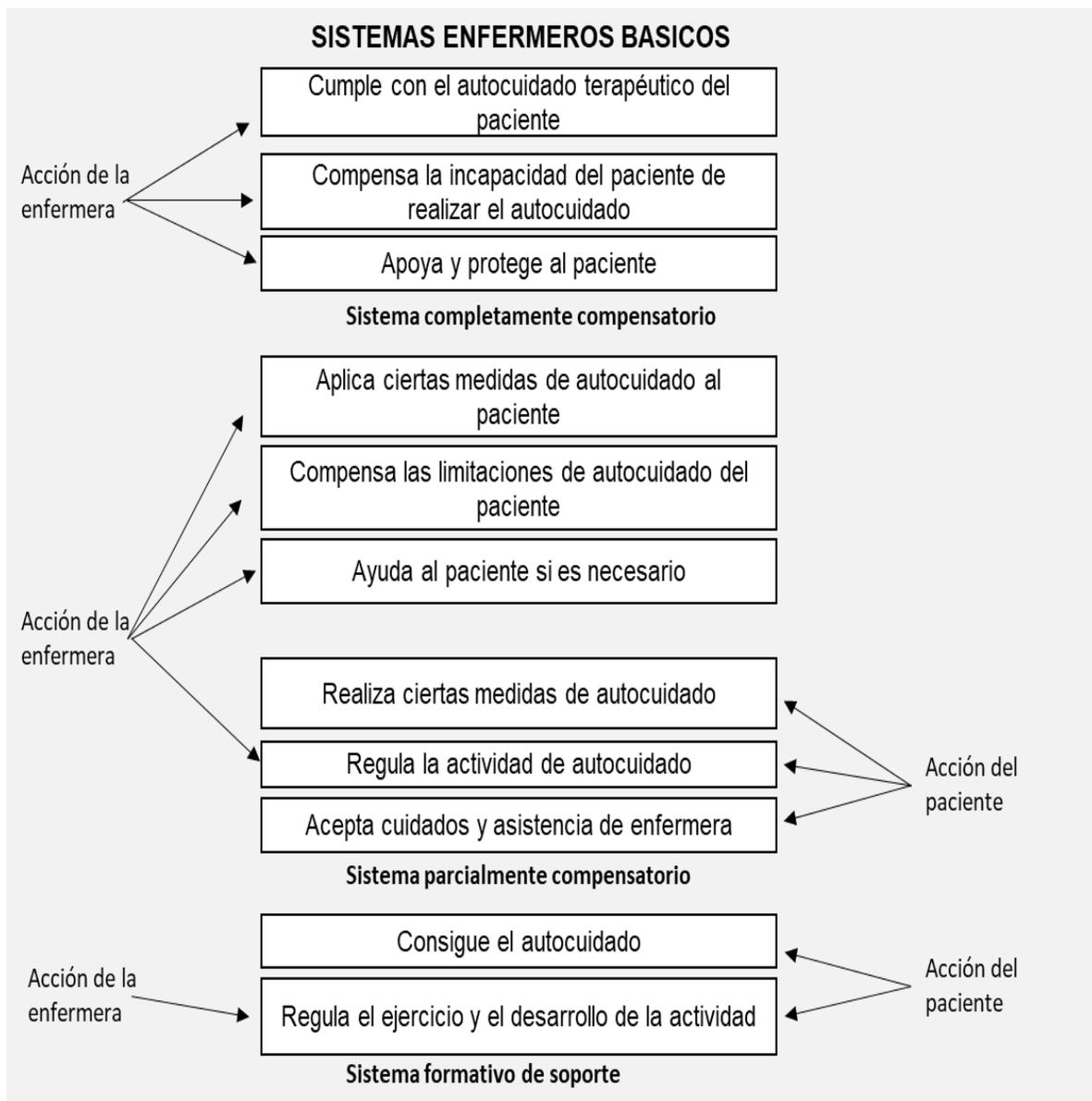


Fig. 1. Sistemas enfermeros básicos. (Tomado de Orem, D. E [2001]. Nursing: Concepts of practice [6th ed., p. 351]. St. Louis: Mosby.)

La teoría de los sistemas enfermeros indica que la enfermería es una acción humana, son sistemas de acción diseñados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de la acción deliberada, las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. La figura Fig. 1. Sistemas enfermeros básicos. (Tomado de Orem, D. E [2001]. Nursing: Concepts of practice [6th ed., p. 351]. St. Louis: Mosby.) muestra los sistemas enfermeros básicos organizados según la relación entre la acción del paciente y la de la enfermera. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para quienes tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con ponentes o limitaciones similares que les impiden comprometerse a cumplir un autocuidado o el cuidado dependiente y para familias u otros grupos

Actividad enfermera

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado. La actividad enfermera incorpora también las capacidades de los profesionales de enfermería para ayudar a personas que proporcionan cuidado dependiente a regular el desarrollo o el ejercicio de su actividad de cuidado dependiente.

Diseño enfermero

El diseño enfermero, una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, permite a los profesionales de enfermería, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería.

Sistemas enfermeros.

Los sistemas enfermeros son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de sus pacientes para conocer y cubrir los componentes de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

Métodos de ayuda.

Un método de ayuda, desde una perspectiva enfermera, es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

- Actuar o hacer por cuenta de otro.
- Guiar y dirigir.
- Ofrecer apoyo físico o psicológico.
- Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
- Enseñar

Factores condicionantes básicos

Los factores condicionantes básicos condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas son: la edad, sexo, estado de desarrollo, de salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario y del sistema familiar.

Hallazgos empíricos. Orem afirmó: La enfermería es una misión práctica, pero una misión práctica realizada por personas con un conocimiento especializado de enfermería teórica, con capacidades desarrolladas para aplicar este conocimiento a situaciones concretas

de la práctica de enfermería. Desde la perspectiva de la TDAE, los resultados enfermeros deseados incluyen satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico del paciente y/o regular y desarrollar la actividad de autocuidado del paciente.

Los elementos conceptuales y las teorías específicas de la TDAE son abstracciones sobre las características comunes a todas las situaciones de la práctica enfermera. La TDAE se desarrolló y se mejoró a través del uso de procesos intelectuales que se centraron en situaciones de la práctica enfermera. Por ejemplo, Orem reflexionó sobre sus experiencias de la práctica enfermera para identificar el objetivo real de la enfermería. La teoría del cuidado dependiente representa un importante avance en términos del desarrollo de la TDAE. «La mayor necesidad en las sociedades del cuidado dependiente indica la importancia para los profesionales de enfermería de la comprensión del cuidado dependiente y de su relación con los agentes del cuidado dependiente».

Además de desarrollar la teoría del cuidado dependiente, se han producido otros avances teóricos. Los seis atributos que definen la normalidad son:

- 1) Disponer de recursos adecuados para poder cubrir las necesidades básicas de la vida.
- 2) Ser capaz de realizar las actividades de la vida diaria y las que se corresponden con los intereses personales.
- 3) Aceptar y ajustarse a una nueva normalidad.
- 4) Mantener la propia salud mediante la toma de decisiones sobre el propio autocuidado y la aplicación de este.
- 5) Implicarse en el cumplimiento de las relaciones interpersonales.
- 6) Estar seguro de que consiste en no dañar ni ser dañado por uno mismo o por los demás.

En el proceso de análisis conceptual apoya las cuatro categorías de acciones propuestas por Orem para fomentar la normalidad, analizaron y exploraron el concepto de espiritualidad y su relación con la TDAE. Estos autores propusieron que «la espiritualidad se conceptualiza como una disposición fundamental». Las capacidades y disposiciones fundamentales son componentes de los conceptos de actividad de autocuidado, actividad

de cuidado dependiente y actividad enfermera. Estas capacidades y disposiciones resultan fundamentales para que una persona pueda implicarse en una acción deliberada.

También se identifica el autocuidado espiritual como una variante de autocuidado relacionada con la cobertura de las exigencias de autocuidado durante el desarrollo. «El autocuidado espiritual se define como el conjunto de actividades de base espiritual en la que una persona participa para mantener o fomentar su desarrollo personal continuado y el bienestar en la salud y la enfermedad». Los autores analizan una serie de prácticas que pueden incluirse dentro del autocuidado. Además, sostienen que la pertenencia religiosa es un elemento de los factores condicionantes básicos de la orientación sociocultural.

Premisas en la teoría de la enfermería.

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos tanto para uno mismo como para otros.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás.

Fundamentos teóricos. Representa la TDAE mediante tres teorías: Teoría de sistemas enfermeros, del déficit de autocuidado y teoría de autocuidado.

Las tres teorías constituyentes, tomadas conjuntamente y en relación, constituyen la TDAE. La teoría de los sistemas enfermeros es la teoría unificadora, e incluye todos los elementos esenciales. Comprende la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado. La teoría de la deficiencia de autocuidado analiza el motivo por el cual una persona puede beneficiarse de los cuidados enfermeros. La teoría del autocuidado, clave para los demás, expresa el propósito, el método y el resultado de cuidar de uno mismo. La teoría del cuidado dependiente se introdujo inicialmente como un corolario a la teoría del autocuidado.

Teoría del déficit de autocuidado.

Déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado por enfermería. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones de acción completa o parcial, ofrece guías para la selección de los métodos para ayudar y comprender el papel del paciente en el autocuidado en cierto modo manejar los factores que son reguladores por sí mismos o su función y desarrollo dependiente.

CAPITULO III. ABORDAJE METODOLÓGICO

III. 1. Tipo y diseño de la investigación.

Es una investigación descriptiva-exploratoria con enfoque cualitativo y diseño fenomenológico, se profundiza en la descripción de los significados vividos existenciales de la experiencia cotidiana que responde a cuestiones particulares y explica los fenómenos observados, es el foco de estudio que se centra en lo específico, en lo individual, lo peculiar, busca siempre la explicación y se preocupa de la realidad, trabaja con el universo de significados, sentimientos, emociones, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes en lo que respecta a un espacio más profundo de las relaciones de los procesos y de los fenómenos.

El estudio fenomenológico orienta a conocer y comprender el significado de la experiencia humana atribuido a una circunstancia o a un fenómeno, el abordaje cualitativo tiene como finalidad comprender y explicar la dinámica de la experiencias de las mujeres adultas con dolor, donde se tomarán en cuenta varios aspectos como comparar fenómenos sociales o culturales, teniendo en cuenta que cada ser humano es diferente, con vivencias únicas y especiales y como cada persona comprenden, interpretan y perciben la realidad social.

Según Creswell (2005), menciona que el abordaje cualitativo y fenomenológico se caracteriza por la comprensión, valorización e interpretación de las personas en su cotidiano con dolor crónico articular, sus significados y experiencias de su día a día aplicando métodos y técnicas narrativas que permiten rescatar la información sobre una situación específica y en su forma natural, así como los diferentes significados en su contexto que interactúa con el medio que lo rodea, recibiendo estímulos y generando respuestas e interpreta su realidad de acuerdo con sus experiencias, por otra parte, el entorno social del ser humano involucra individuos.

Creswell (2005) señala que el estudio narrativo en diversas ocasiones es un esquema de investigación, pero también es una forma de intervención, ya que contar una historia ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras. Desde el aporte de Rodríguez, Gil, & García, (1996) detalla que este método cualitativo permitirá caracterizar

las vivencias de las mujeres adultas, en conocer cuál es su sentir de su cotidiano con dolor y como se cuidan para mitigar el dolor, permitiendo de esta manera, obtener información que permita conocer las posturas individuales de este grupo de mujeres que debe enfrentar estas experiencias.

Husserl, (2013) aborda el método fenomenológico como el acercamiento a la persona como un ser con todos sus elementos que le caracteriza como un ser humano. La experiencia de cada ser humano es única, la fenomenología busca el significado de sus vivencias, contribuye a la búsqueda de la comprensión del hombre, la fenomenología existencial y ontológica es un modo de conciencia, un modo de ser y de mirar, que asume el compromiso de reinterpretar todos los conocimientos como expresiones de nuestras experiencias-sentido del ser humano.

III.2 Etapas

III. 2.1. Fase preparatoria

El fenómeno de estudio, son las experiencias de dolor crónico en mujeres, previa revisión de la literatura la cual sustenta esta investigación, desde la mirada de otros investigadores que han abordado este fenómeno o bien problema de salud que afecta las esferas biopsicosociales de las mujeres que padecen dolor crónico, en el cual, el investigador, forma parte del engranaje de este proyecto, sirviendo como captador e interpretador del sentir de las mujeres. (Rodríguez, et al., 1996).

Contexto

Para la presentación del contexto de la comunidad para abordar, se extraen los aspectos relevantes de la comunidad de Cuernavaca, Morelos donde la palabra proviene del vocablo Cuauhnáhuac, el cual tiene tres significados diferentes: Cuauhnáhuac proviene de cuauitl (árbol) y Nahuac (junto) junto a los árboles. De acuerdo con la versión Toponimia de Oaxaca Cuauh-nahua-c: Cuauitl (árbol) Nahuac (alrededor, rodeado de) c o ca (en)= en lo rodeado de los árboles. Cuernavaca se encuentra localizado en el noroeste del estado de Morelos y presenta colindancia al norte con el municipio de Huitzilac, al sur con los municipios de Temixco y Xochitepec, con Huitzilac, Tepoztlán y

Jiutepec, al oriente y al poniente con el municipio de Temixco y el municipio de Ocuilan en el estado de México.

La ciudad está situada en una región tropical a una altitud de 1500 metros en promedio, su temperatura anual es de 21.5 °C los meses con mayor temperatura son abril y mayo con 24°C se mantiene prácticamente constante y en los meses de diciembre y enero desciende la temperatura hasta menos de 15°C centígrados.

La flora es muy variada de acuerdo con sus zonas, en la ciudad se aprecian los árboles de fresno, jacaranda, ciruelo, sauce, amate y guayabo. La fauna está constituida por venados, zorrillo, ardilla, ratón de las montañas, gallinita del monte, paloma, urraca azul, jilguero, primavera roja, víbora de cascabel, víbora ratonera, ranas y lagartijas.

Su población que representa el 19.24% del estado de Morelos y el municipio cuenta con 366 321 habitantes de los cuales el 46.3% son hombres y el 53.7% son mujeres, la edad media poblacional del municipio es de 32 años y en referencia a la educación en el municipio de Cuernavaca el 40.94% tiene un mayor número de personas con estudios medio superior y superior.

III. 2. 2. Fase de trabajo de campo.

Acceso al campo: Después del reconocimiento de la comunidad, se identificaron a las mujeres adultas con afectación de dolor muscular y articular crónico para poder entablar una conversación con ellas y lograr su aceptación y confianza.

Gestión de visitas y cartas de presentación. Para la preparación del campo es importante tomar en cuenta el tipo de población y el contexto económico, social y la demografía de la comunidad donde se llevará a cabo el estudio

Elaboración de entrevista/ Instrumento de recolección de datos: Para diseñar esta entrevista se realizó una búsqueda de información en artículos científicos para la valoración y realización de las preguntas y como referencia se utilizó presencia de dolencias de origen musculoesquelético (Kuorinka, Jonsson, Kilbom, Vinterberg, Biering, Andersson, Jorgensen, 1987)

Entrevista semiestructurada cuya pregunta inicial es: ¿Como es su día a día en el cotidiano desde que se levanta hasta su descanso en la noche y que representa su estado de salud actual?

Los tipos de entrevista son por objetivos y por estructura, que de esta última se retoma en su clasificación la entrevista en la modalidad de entrevista semiestructurada, donde el entrevistador lleva un guion de preguntas básicas, tiene la libertad de cuestionar al entrevistado sobre aquellos temas de su interés o bien omitir algunos temas de acuerdo con su criterio. La actitud fenomenológica se traduce en un proceso concreto que toma como referencia a la propia gente, lo que cuenta y el significado que la gente le atribuye a sus palabras, hay que interaccionar con ella, observarla en su medio y escucharla.

Al lograr la confianza se les explico la intención de este estudio y como se realizaría la dinámica de trabajo y se les pidió el apoyo para participar. Las personas aceptaron el día que se les tendría que realizar la entrevista. Se elaboró el consentimiento informado y a partir de este, se inició la fase de implementación de la investigación en el campo, se pidió su consentimiento para poder realizar la entrevista haciendo de su conocimiento que la entrevista sería grabada, los objetivos de la investigación y los beneficios que tendría dicha investigación y que se daría a conocer los resultados, se hace hincapié el anonimato /confidencialidad.

A través de una entrevista semiestructurada, con la técnica bola de nieve. Para la recolección de la información fue la entrevista realizada a profundidad la cual a través del encuentro cara a cara con los participantes, adentrarse en sus propias vivencias, emociones, para conocer como asumen el dolor y sus repercusiones en este proceso. Por el tipo de intervención se hizo uso de una entrevista semiestructurada que sirvieron de ayuda esquemática para orientar la conversación con las mujeres con dolor músculo articular crónico (Bonilla y Rodríguez, 2021)

Conforme a esta técnica se emplean preguntas de tipo abierta ya que se busca que la conversación con las participantes ocurra de manera flexible y que pudiera responder libremente y con sus propias palabras en cómo les va en su cotidianidad, de cómo enfrentan el dolor crónico y cuáles han sido sus repercusiones. (Bonilla y Rodríguez, 2021).

Recolección de datos en mujeres adultas que padecen dolor muscular y articular crónico. Al obtener la información, se llevó un registro sistemático de notas de campo y de la realización de entrevistas en profundidad, con preguntas coherentes con el diseño narrativo seleccionado en la medida en que se pudo obtener de ellas de manera amplia en los relatos. y que fueron grabadas por un aparato móvil, así como las anotaciones en una libreta de campo, previo consentimiento informado.

El procedimiento para llevar a cabo la entrevista fue el siguiente: se grabaron en audio, con previo consentimiento informado de las participantes y a medida que se recolecto la información fueron transcritos y presentados para su aceptación de cada una de ellas el tiempo de duración de las entrevistas fueron de 40 a 60 min.

Salida del campo. Para finalizar las entrevistas, es importante reiterar que, si bien por su naturaleza particular, la investigación cualitativa tiende a ser más flexible que la cuantitativa, esto no implica que el trabajo de campo pueda dejarse a la improvisación, ni mucho menos, que no deba existir coherencia entre la planificación y cierre de dicha etapa de inserción en el campo y el diseño de investigación planteada.

III. 2. 3. Fase de análisis de las narrativas.

El discurso se considera algo más que el lenguaje oral o escrito, se refiere a como se usa el lenguaje en la realidad de los contextos sociales. El tipo de análisis del discurso usada para esta investigación es de tipo narrativa son procesos cognitivos construidos a través de la historia que tenemos y/o experimentamos. Son historias contadas en una serie de eventos relacionados cronológica y lógicamente. Por lo cual este método fue elegido para el proyecto ya que es de gran ayuda para conocer la cotidianidad y repercusiones de la mujer con dolor musculo articular crónico.

De la transcripción de las entrevistas emerge el fenómeno de estudio e identificación de las unidades temáticas y de significado, (categorías y subcategorías). La transcripción de entrevistas cualitativa es una herramienta fundamental para este tipo de investigaciones donde se requiere de un gran volumen de información de sus entrevistados, por lo que se tienden a grabar todo el transcurso de la entrevista.

Para dicha investigación se transcribió la información de manera literal, sin omitir ninguna palabra, interjecciones y el lenguaje corporal de la persona de manera que exprese de la manera más real las emociones y las expresiones emitidas por la entrevista. Todas las grabaciones fueron transcritas en Word, para poder identificar las unidades de significado de acuerdo con la saturación de datos y cuando se llega a esta saturación de datos, se suspende la búsqueda de nuevos participantes.

Se realiza la transcripción y se ordena la información: Obtenido la codificación de las unidades de significado, posterior las unidades temáticas, tomadas de la revisión de la literatura, la información obtenida es el proceso mediante el cual se agrupa en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por el investigador o los pasos o fases dentro de un proceso (Hernández, et al., 2010)

Los códigos son etiquetas que permiten asignar unidades de significado a la información descriptiva compilada durante una investigación. En otras palabras, son recursos mnemotécnicos utilizados para identificar o marcar los temas específicos en un texto. (Sandín, 2000).

La técnica de análisis de datos Bardin, (1996) refiere que el análisis de contenido cualitativo consiste en un conjunto de técnicas sistemáticas interpretativas del sentido oculto en los textos, los principales componentes del análisis de contenido cualitativos en fundamental en diferentes formas de interpretación por ejemplo desarrollo de categorías inductivas y aplicación de categorías e incluida en la entrevista que se colocara en la situación que mejor le permita recoger la información relevante para el concepto o la teoría buscada. el muestreo se orienta a la selección de aquellas unidades y dimensiones que garantice el mejor la calidad de saturación la cantidad la calidad de la información

Son procesos dinámicos de interacción de productos de los trabajos de campo cualitativos son difíciles de recoger en programas más utilizados en técnica manual de dicho análisis debe ser sistemático, seguir una secuencia y un orden, (Hernández, Fernández, Baptista, 2010)

III. 3 Consideraciones éticas

En esta investigación que se realizó por medio de la aplicación de una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas de implementación personal no dirigida e individual, el método de obtención de datos se llevó a cabo mediante entrevistas en profundidad, hasta lograr la saturación de datos. Y el lugar de la realización fue pactado por los participantes, eligiendo un lugar en el que se permitió la comunicación, que se sintieran en confianza, la seguridad, la igualdad y la confidencialidad, teniendo en cuenta el lenguaje oral y gestual, en la observación de los participantes y su dinámica familiar.

La información recolectada solo fue utilizada para fines de esta investigación preservando en todo momento el anonimato de los sujetos participantes y respetando los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad, considerando al consentimiento informado para las mujeres adultas, por lo tanto, se salvaguardo el principio de autonomía. Antes de realizar cualquier pregunta se le explico de manera pausada y clara a los participantes para que pudieran entender y contribuir eficazmente con la investigación.

El control de la calidad de los datos debe cumplir dos cualidades: confiabilidad y validez (Bonilla y Rodríguez, 2015).

La confiabilidad se refiere a la capacidad del instrumento para arrojar datos o mediciones que corresponda a la realidad que se pretende conocer en la exactitud de la medición, así como a la consistencia o estabilidad de la medición en diferentes momentos, a mayor confiabilidad de un instrumento, menor cantidad de error presente en los puntajes obtenidos. La estabilidad se relaciona con el grado en el que el instrumento permite los mismos resultados en aplicaciones repetidas y se dice que es un instrumento confiable si se obtiene medidas o datos que representan el valor real de la variable que se está midiendo.

La validez se refiere al grado en que un instrumento mide lo que se pretende medir, la forma de garantizar la validez de un instrumento es construir una vez que las categorías han sido claramente específicas y definidas, para que estas sean las que se aborden y no otras, también se puede recurrir a la ayuda de personas expertas en el tema para que revisen el instrumento, a fin de determinar si cumple con la finalidad establecida.

Principios éticos observados son:

Beneficencia y no maleficencia. Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal.

Justicia. La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

Autonomía. Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta su decisión. Valor fundamental de la vida humana.

Confidencialidad. Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información.

En el marco de la legalidad se ajustó esta investigación a la Ley General de Salud que establece los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondientes a la secretaria de Salud orientado a su desarrollo.

TITULO SEGUNDO: De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos

CAPITULO I: Disposiciones comunes

ARTICULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar.

ARTICULO 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

1. Se ajustará a los principios científicos y éticos que lo justifiquen.
2. Deberá prevalecer siempre por las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles.
3. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación.

ARTICULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este los autorice.

Código De Nuremberg. Ley General de Salud establece las normas para la investigación en México con base en ello y dado que la investigación tuvo como medio de recolección de la información, entrevista semiestructurada se puede decir que esta se clasifico como una investigación con riesgo mínimo, sin embargo, se considera por amenaza por intromisión, dado que no se estaban tocando temas que pudieran no ser de todo agrado a los participantes.

Para evitar incomodidad de las participantes y certificar que la investigación se desarrolle con un riesgo mínimo, antes de iniciar las entrevistas se explicó a las participantes, de manera detallada en un lenguaje acorde a ellas, los objetivos y pertinencias del proyecto, dejando en claro que no serían juzgadas, discriminadas ni afectadas en su persona. Por lo cual se garantizó la confidencialidad, aclarando que podía expresarse con confianza y en determinado momento si en algún momento la temática abordada la incomodaba o no deseaba contestar estaba en su derecho de no contestar.

De igual manera se les enfatizo que si ella con el conocimiento del proyecto y después de haber firmado el consentimiento informado, si decidiera suspender la entrevista y no participar, no está obligada a continuar. Así mismo se resolvieron las inquietudes que la presentación del proyecto género en las participantes, y que no se favorecieran con ningún apoyo económico, que la participación es libre y con fines de mejorar la atención por parte de enfermería a este grupo de mujeres.

Se solicita por medio de carta de consentimiento informado donde se solicita a las participantes su consentimiento libre para realizar una entrevista de su vida cotidiana y el manejo del dolor que presenta. Se trata de un estudio sin riesgo con las personas, a quien se le pedirá que contesten de manera voluntaria y veraz la entrevista. Se menciona a los participantes lean la carta de consentimiento informado y se resolverán las dudas derivadas de este procedimiento. La aceptación o rechazo a través de la firma del participante. En todo momento se protegerá la información proporcionada ya que estos serán identificados con un número folio.

Etapas Informativas. Dentro de las etapas de la investigación cualitativa corresponde a los resultados. De acuerdo con Prado, de Souza y Carraro, (2008) en la investigación comprende la redacción y presentación de la información por medio de la

conceptualización, así como sintetizar/interpretación (codificación: es el proceso de conducir códigos a partir de los datos observados y reeducación de datos: extraer la esencia y el significado de los datos que los encuestados han proporcionado) por medio de teorizar y recontextualizar las unidades de significado (subcategorías).

CAPITULO IV. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del estudio sobre autocuidado en el cotidiano de mujeres con dolor crónico. En el perfil de las informantes en el cual participaron mujeres que tienen una edad entre 39 a 59 años, casadas 4, viuda 1, divorciada 2 y soltera 1, trabajan actualmente 4, se dedican solo a su hogar 5, realizan ejercicio físico 4, el resto tiene vida sedentaria, la presencia de dolor que ellas manifiestan dolor: general, dorsal y lumbar, hombro-cuello, cadera (dolor articular en el trocántero mayor), rodilla y pie.

Emergen categorías y subcategorías

Categorías	Explicando el dolor	Significados del tratamiento	Experiencias de la Vida cotidiana	Experiencias y emociones
Subcategoría	<ul style="list-style-type: none"> -Inicio del dolor -Limitaciones por dolor -Dolor intenso incapacitante -Experiencias de dolor - Atribuciones del dolor 	<ul style="list-style-type: none"> Tratando el dolor Tratamiento restauración partes blandas y duras Fisioterapia Búsquedas de tratamiento alternativo 	<ul style="list-style-type: none"> Actividades de la vida diaria Actividad y ejercicio Recreación y familia 	<ul style="list-style-type: none"> Vida cotidiana Vida laboral Trabajo en el hogar Desesperanza Acostumbrándome a vivir con el dolor

Explicaciones, significados, experiencias y emociones

a) Categoría: Explicando el dolor. De acuerdo con la teoría del autocuidado Orem menciona que la teoría surge por la necesidad de atender enfermos crónicos, que define al autocuidado *como una actividad del individuo aprehendida por este y orientada hacia un objetivo. -Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida en que el individuo se dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.* (Marriner, et al., 2018)

Por lo tanto, podemos asumir que el dolor guía hacia el autocuidado es un proceso por el cual la persona deliberadamente actúa a favor de la promoción de su salud, prevención de enfermedades y la detección y tratamiento de las desviaciones de salud, está enfocado en la modificación de la conducta, de prácticas no saludables en saludables, permite aumentar el conocimiento, adquirir habilidades y, sobre todo, permitir cambios, por lo que debe ir un valor agregado que es la motivación de querer realizar el autocuidado. Otros factores importantes como: El entorno saludable, la educación es el pilar fundamental para que exista el cambio de conducta. Cuidar la salud: alimentarse bien, hacer deporte, tener un espacio personal o disfrutar de la vida y de actividades de ocio, verbalizar los momentos felices, transmitir emociones positivas son actividades que van a contribuir a el autocuidado.

Subcategoría: Inicio del dolor

López & Rivera (2018), explican cómo el carácter emocional, cognitivo y social que tiene la experiencia del dolor, y que permite pensar en este más que como una experiencia sensorial, como una emoción socialmente compartida, enseñada y aprendida y aunque el dolor es, generalmente, el resultado de una afección física, la raíz primaria de este es la emoción individual y compartida que aparece ante la presencia real o potencial de un daño tisular y es la experiencia en la que cada sujeto aprende y adopta con respecto al daño físico. De ahí, la gran diversidad y variabilidad que existe en la forma en que las personas perciben y afrontan el dolor.

El inicio del dolor de cada mujer es diferente, así como las mujeres pueden saber el origen de su dolor como a continuación lo mencionan:

[...] *“padezco dolor desde hace 10 años, era paulatino y desde hace 4 años es más frecuente, se ha extendido el dolor desde los hombros hacia el cuello, es más difícil todo lo que hago”*. MOAB_46

[...] *“hace 4 o 5 años inicié con dolor en la cadera subí de peso y me volví muy sedentaria, en todas las actividades que realizo me producen dolor intenso que me incapacita”*. GUA EF_ 43

[...] *“hace 5 años me diagnosticaron artritis me dieron medicamento, pero empeoré con el tiempo, y hace 2 o 3 años ya fue el diagnóstico de fibromialgia, empecé con dolor intenso en la espalda, muy incapacitante tanto que el primer día no me puede levantar de la cama”*. ANGH_49

[...] *“inicio el dolor hace 4 años, al levantar una toalla de suelo, se me luxó la rodilla y después de meses inicio con dolor en todas mis articulaciones sobre todo en las manos”*. MAIJ_58

[...] *“mi dolor inicio hace 5 años por una caída al subir una barda y brincar, al caer se fracturó mi rodilla y después de la cirugía nunca se me ha quitado el dolor tengo clavos y me molestan”*. LLakl_52

[...] *“inicié con el dolor de espalda hace un año cuando empecé hacer ejercicio en un brincolín, de ahí siempre tengo dolor para todas mis actividades”*. ELMN_54

[...] *“inicio el dolor hace 10 años en el tobillo de ahí me lastimé la cadera por mi pisada, eso generó que el dolor se extendiera hacia el empeine y hacia los dedos NAEF_60*

Análisis crítico.

El inicio del dolor no se encuentra realmente identificado por fecha o sitio de inicio puesto que el ser humano aprendió a vivir con él, si bien en el transcurso del día la persona puede presentar cansancio o algunas molestias, pero tiene una vida cotidiana dinámica, y en algún momento presenta algún dolor que puede ser desde leve hasta molesto el cual, con alguna postura, contención, analgésico o bien el descanso mejora. Puede tener un inicio intermitente para posteriormente situarse continuo y por la duración del tiempo

desde que la persona percibe que la sensación de dolor le a generado consecuencias. En otros casos el inicio es súbito provocado por alguna lesión.

Subcategoría: Limitaciones por dolor (moderado / limitante)

Limitaciones causadas por dolor, en este sentido Cáceres, Gil, Barrientos, Porcel & Cabrera (2020). Describen que cuando el dolor interfiere en la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, las personas tienden a mostrar una percepción negativa de sí mismas debido a la menor capacidad física y a la incomprensión de las personas de su entorno.

[...] “este dolor es muy intenso me ha limitado mi movilidad no me permite realizar ejercicios de resistencia, ni de fuerza como lagartijas o movimientos repetitivos, si lo forzó siento que me puedo lastimarme más”. MOAB_46

[...] “se me dificulta subir y bajar escaleras, caminar rápido y tengo que tomar varios descansos, durante mi actividad laboral, y he tenido problemas pues ya tardo más horas en terminar mis labores”. LLakl_52

[...] “ya no puedo cargar cosas pesadas ni usar el teclado de una computadora, los ejercicios físicos los tengo prohibidos y bajar escaleras se me dificulta, ya mi familia no me pide ayuda para nada.” MAIJ_58

[...] “ya no puedo cargar ni agacharme con facilidad, he dejado el ejercicio y ahora siempre me siento cansada y no rindo en mis actividades laborales a veces mi patrón no me comprende.” ELMN_54

[...] “me prohibieron hacer ejercicio aumenta mi dolor y a veces no me invitan a salir a las compras por temor a que me lastime o me queje.” MAIJ_58

Análisis crítico: el dolor es una experiencia desagradable, por lo tanto, puede generar miedo, así como quedar paralizado, se disminuyen los movimientos por temor al presentar dolor. Las personas mencionan tener dolor por diferentes causas asumen maniobras, posturas, relacionadas con la mecánica corporal, y como consecuencia disminuir sus actividades de movimiento cotidiano.

Subcategoría: Dolor intenso-incapacitante

González & Moreno (2007), mencionan que el dolor intenso no controlado puede tener graves efectos adversos en el estado físico, psicológico, emocional, social y espiritual de los pacientes, lo que repercute sobre las actividades de la vida diaria, y condiciona pérdidas económicas, laborales y sociales con trascendencia en una proporción significativa de la población. La incapacidad funcional ocasionada por el dolor es causa de sufrimiento en los pacientes, en sus familias y en otras personas cercanas.

Sin embargo, en el proceso de enfermedad las personas construyen su día a día con sus dolencias buscando la recuperación y si no logran disminuir su problema existen las repercusiones como lo mencionan en los siguientes párrafos.

[...] “no puedo estar parada ni tres minutos, tengo que utilizar bastón o andadera, cuando tengo dolor intenso ya no hago actividades que me gustaban como bailar y las actividades de la vida diaria están limitadas, rara vez salgo con la familia me canso mucho. NAEF_60

[...] “tengo limitaciones en mis actividades de la vida diaria no puedo salir a realizar compras ni hacer ejercicio físico, ya no soy nada funcional”. ANGH_49

[...] “no puedo hacer ningún tipo de ejercicio, caminar lo necesario y mucho menos estar de pie tanto tiempo y no puedo agacharme sin apoyo solo quiero descansar.” GUAF_43

Análisis crítico

El dolor intenso no controlado menciona González & Moreno (2007), que puede tener graves efectos adversos en el estado físico, psicológico, emocional, social y espiritual de las personas lo que repercute sobre las actividades de la vida diaria, y condiciona pérdidas económicas, laborales y sociales con trascendencia en una proporción significativa de la población. La incapacidad funcional ocasionada por el dolor es causa de sufrimiento en los pacientes, en sus familias y en otras personas cercanas.

Subcategoría: Experiencias de dolor

La cuestión del dolor y su abordaje es que precisamente no tiene una entidad ontológica definida, sino que existe en la medida en que el sujeto lo experimenta: no existe sino es a través de la persona que sufre, relativizar el fenómeno del sufrimiento es atreverse a fundamentar su existencia dependiendo de variables no sólo de percepción individual, sino de concepciones socialmente admitidas sobre el mismo, (Ortegui, Jiménez, Ajea, Conesa, López, & Gómez 2022; Ortegui, 2000), las mujeres pueden experimentar su propio dolor y dan un significado biológico, social, emocional, entre otros.

[...] “Es una sensación desagradable, no me gusta, siento como algo que me aprieta y me desgarrar, es desesperante que pone de mal humor y me hace llorar. MOAB_46

[...] “el dolor es como toques que inicia en el pie y se recorre como calambres en otra área del cuerpo, es algo que imposibilita moverse y se empieza uno a desesperar. NAEF_60

[...] “el dolor es algo que nadie se imagina, ni, aunque lo leas en internet o un libro hasta que lo tienes, es horrible, es como piquete de un clavo y que se mete hasta los huesos y que no se sabe dónde inicia y donde termina o si es frío o caliente, arde y es una molestia que forma parte de ti”. SOCD_39

[...] “el dolor es como algo punzante, una sensación que aprieta y que, si me muevo, se va a desgarrar algo por dentro.” GUAF_43

[...] “el dolor es generalizado difícil de describir y que con el frío incrementa se mete muy profundo en los músculos y huesos, lastima mi cuerpo y mi espíritu, el dolor siempre está presente en todas mis actividades.” ANGH_49

[...] “el dolor es algo muy fuerte no lo puedo describir, no permite realizar actividades, es frustrante y pone de mal humor.” MAIJ_58

[...] “el dolor desgastante un cansancio todo el día y es algo que se extiende por todo el cuerpo, nos hace sentir inútiles y es intenso como piquetes todo el tiempo.” LLKL_52

[...] “el dolor es como que se me abre la espalda y jala mis músculos, es una sensación quemante y agotante, no me deja mover con facilidad.” ELMN_54

Análisis crítico

Las mujeres consideran al dolor como una forma negativa y un malestar físico y psíquico de una intensidad terrible, incapacitándolas y haciéndolas sufrir llevándolas a un descuido en su autocuidado deteriorando su bienestar, es necesario interpretar y aprender de cada dolor como un indicativo de las necesidades y el confort que la persona necesita, ya que no solo es una sensación sino una percepción donde entra la conciencia, la emoción y el significado de su propia experiencia.

Subcategoría: Atribuciones del dolor

Vals, Banque, Fuentes & Ojuel (2008), señalan que el peor estado de salud de las mujeres se debía a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como el sedentarismo, el parto o el estrés físico y mental que produce la doble o triple jornada laboral que deben realizar, así como el trabajo emocional que constantemente realizan en su papel de cuidadoras de toda la familia y de su entorno, la falta de comida o las sobrecargas interminables del trabajo doméstico en condiciones muy precarias.

[...] “atribuyo que con el juego de tochito me lastime jugando (modalidad de futbol americano, con pañuelo en la cintura), también porque ahora utilizo la computadora por varias horas, es mucho mi estrés en este trabajo virtual.” MOAB_46

[...] “el dolor lo atribuyo a mis malos hábitos, tengo obesidad y con mi trabajo en esta pandemia se me incrementado el dolor por la demanda de trabajo con los pacientes Covid-19 que son dependientes.” GUA EF_43

[...] “pienso que el dolor fue por caminar con una pisada irregular y que por el uso de bastón después de una cirugía no lo quise dejar se me hizo muy cómodo, me empezó a doler la cadera y tengo enfermedades metabólicas que han afectado también mi calidad de vida sobre todo mi obesidad.” NAEF_60

[...] “desde joven me ha gustado hacer ejercicio y hacer pesas, pienso que mi cartílago ya estaba desgastado, así como la falta de una buena técnica para cargar peso y preguntando a mis padres ya es algo genético que hasta la fecha no se ha tomado como un problema serio.” SOCD_39

[...] “relaciono el dolor por el uso del teclado por tiempo prolongado trabaje desde joven en la máquina de escribir hasta la computadora, además de estar sentada la mayoría del tiempo y me han detectado hipertiroidismo lo cual me ha afectado más.” MAIJ_58

Análisis crítico.

Las mujeres atribuyen el dolor a diferentes factores que ocurren en un momento determinado de su vida, y la percepción y el origen es diferente en cada una de ellas, alterando los sistemas físicos y conductuales convirtiéndose en una condición vulnerando sus sentidos y modificando su vida, la atención oportuna al originarse el dolor es necesaria para evitar daños al cuerpo, procurando un compromiso, responsabilidad y adherencia a los tratamiento ya que detectar a tiempo estas alteraciones activaremos un detonante para su vigilancia y cuidado evitando así la cronicidad que ellas están presentando después de largo tiempo.

b) Categoría: Significados del tratamiento

El tratamiento del dolor muscular depende de sus causas. Sin embargo, el dolor en los pacientes con enfermedades crónicas, como procesos inflamatorios crónicos articular y muscular generan ansiedad y el estrés, buscan las recomendaciones para realizar su vida cotidiana en un corto plazo, así como de hacer ejercicio con la orientación adecuada de un profesional, o bien para que el dolor no sea tan intenso.

Subcategoría: Tratando el dolor

El inadecuado manejo del dolor es frecuente, el dolor intenso no controlado puede tener graves efectos adversos en el estado físico, psicológico, emocional, social y espiritual de los pacientes, lo que repercute sobre las actividades de la vida diaria, y condiciona pérdidas económicas, laborales y sociales con trascendencia en una proporción significativa de la población. La incapacidad funcional ocasionada por el dolor es causa de sufrimiento en los pacientes, en sus familias y en otras personas cercanas. (González y col., 2007), las participantes mencionan:

[...] “El medico me receto muchos medicamentos pero que el dolor no se me iba a quitar totalmente y que aprendiera a vivir con el dolor, dentro de los medicamentos que me han

puesto es la cortisona, pero el efecto me dura 4 meses, tomo paracetamol, pero cuando el dolor se cronifica regreso a la cortisona.” MAIJ_58

[...] “Aunque no me guste los desinflamantes y analgésicos tengo que tomarlos porque tengo que trabajar, no me permiten faltar, tomo paracetamol, el ibuprofeno y en ocasiones el tramadol cuando el dolor es muy intenso, aunque solo me quite el dolor por un rato.” MOAB_46

[...] “En la clínica del dolor me recetaron gabapentina, diclofenaco, me da mucha somnolencia la gabapentina por eso lo tomo en la noche y si el dolor se incrementa al otro día no me concentro lo suficiente por el cansancio de no dormir bien.” GUA EF_ 43

[...] “El medico me receto analgésicos para el dolor: paracetamol, ketorolaco y complejo B, pero no se me quita el dolor solo me calma, todo me daña el estómago, otro médico me receto el CELEBREX, el efecto me dura ocho horas y cuando fui a la clínica del dolor me recetaron parches dérmicos de morfina lo cual fui alérgica y terminé internada en el hospital.” NAEF_60

[...] “Estoy tomando paracetamol, me dieron para las contracturas musculares el CELEBREX para cuando tengas dolor intenso y de todos modos sigo con el dolor yo creo que necesito algo más fuerte para que pueda vivir sin tanta molestia.” ELMN_54

Análisis crítico

Las informantes no se les ha dado la atención adecuada para tratar su dolor, siendo el tratamiento farmacológico no suficiente para cubrir sus necesidades en mejorar el alivio de su dolor, detonando que su calidad de vida sea más estresante. No difieren en sus narrativas que haga rechazo o negación al tratamiento farmacológico, deduciendo que es la única forma de reducir el dolor.

Subcategoría: Reconstrucción partes blandas y duras

El tratamiento de las fracturas del platillo tibial incluye la restauración de la congruencia articular, la alineación axial, la estabilidad y movilidad articular. La técnica quirúrgica tiene como objetivo estabilizar y permitir la movilización temprana, minimizando la presencia de complicaciones del tratamiento quirúrgico en las fracturas asociadas a inestabilidad, lesión de ligamentos y desplazamiento articular, ya que la función es proporcional a la precisión de la reducción. El manejo eficaz del dolor postoperatorio es uno de los desafíos

más notables que persisten en el contexto quirúrgico. La significación de su tratamiento se basa en la probabilidad potencial de causar complicaciones debidas a los cambios vertiginosos en las respuestas de los enfermos, que se convierten en manifestaciones sistémicas. (Guamba, Herrera, Gallardo, Morales y Pasmíño 2019)

Sin embargo, las informantes que tuvieron una intervención quirúrgica mencionaron:

[...] “Me lesione el tendón rotuliano haciendo ejercicio, me realizaron una artroscopia y la restauración del tendón rotuliano, además me infiltraron fibrogel en el tendón.”, aun no me recupero totalmente siento mi rodilla con mucha tensión y dolor frecuente.” SOCD_39

[...] “Tuve fractura de rodilla y me pusieron 3 clavos y una red de alambre (fijación artroscópica), siento que quedo mal fui al doctor y le mencione que cada vez que camino siento que algo me pica y le dije que seguramente eran los clavos, menciono que si se salían solamente podrían retirarlos, que frustrante.” LLAKL_52

Análisis crítico.

Es necesario que el dolor sea controlado posterior a una intervención quirúrgica con eficacia ya que impacta de manera significativa y positiva el bienestar de la persona tanto en su calidad de vida y que mediante la enseñanza de su autocuidado facilite la recuperación como favoreciendo una rápida movilización. Ya que bajo su experiencia negativa al seguir teniendo dolor es necesario mejorar su déficit de autocuidado con mejores intervenciones preventivas o curativas para mejorar su integridad y funcionalidad física.

Subcategoría: Fisioterapia

El objetivo de la fisioterapia y rehabilitación en casos de lesión muscular y articular se encargará de prevenir las complicaciones de movimiento y circulatorias, (síndrome por desuso) además del cuidado de las zonas de presión, el mantenimiento del rango articular y el fortalecimiento de la musculatura total o parcialmente inervada. Las mujeres mencionan sus experiencias de la fisioterapia y rehabilitación.

[...] “Haciendo ejercicio me lesione el tendón rotuliano izquierdo, me operaron 2 veces (sutura del tendón) después de la cirugía ya no quede bien, desde entonces he tenido dolor articular de la rodilla fui a terapia de rehabilitación como vieron que casi no tenía

estabilidad me infiltraron fibrogel para engrosar el tendón e inicie con fisioterapia: ejercicios en alberca terapéutica, ultrasonido y ejercicios específicos para realizar en casa.” SOCD_39

[...] “Fui a un centro de rehabilitación y me pusieron hacer varios ejercicios y electroestimulación, termine las sesiones, pero no mejore mucho y como me tengo que transportar con bastón ya me lastimé mi espalda y se me dificulta acudir, ahora los hago en casa.” NAEF_60

Análisis crítico.

Algunos padecimientos posteriores a una intervención quirúrgica y una corta terapia y rehabilitación la persona puede regresar en un porcentaje alto a su movilidad, a disminuir la presión sobre los nervios, así como disminución del dolor. Y como se mencionó que bajo su experiencia negativa al seguir teniendo dolor es necesario mejorar su déficit de autocuidado con mejores intervenciones preventivas o curativas para mejorar su integridad y funcionalidad.

Subcategoría: Búsqueda de tratamientos alternativos

Las informantes dentro de búsquedas de tratamientos alternativos para atender su dolor medicina física y rehabilitación, así como la acupuntura, masoterapia, quiropraxia, sanador tradicional (huesero), herbolaria, sus intervenciones que realizaron para atender su dolor comentaron:

[...] “El medico no me mando a rehabilitación solo me recomendó hacer ejercicios con mis dedos y las muñecas de mis manos con una pelota suave, yo me aplico pomadas y un costalito con semillas que me da calor, asisto masajes terapéuticos muy suaves y me cuido con dieta con alimentos que no me inflamen por ejemplo lácteos, pan, carnes ni embutidos, me van limitando mi dieta.” MAIJ_58

[...] “Dentro de las terapias los ejercicios los hago yo sola guiada por el internet porque después de la cirugía me dieron la cita a rehabilitación tres meses después y tengo que irme a trabajar, me pongo fomentos calientes, pocas veces puedo ir a que me den masajes por un profesional mi economía no me lo permite, yo me doy masaje con gel de diclofenaco y siento consuelo pues se me quita por uno o dos días el dolor LLAKL_52

[...] “Algunos quiroprácticos y pues eso me dan un poco de miedo porque eso sí te truenan todo pero la verdad es que he ido con uno que me da mucha confianza lo conozco desde hace muchísimos años tiene muy buenas recomendaciones tiene también muchos estudios de quiropráctica de Medicina este indígena de pueblos indígenas que no sea de herbolaria tiene cosas así también muy interesantes y si para algunas los esguinces la ayuda es maravillosa sacan los esguinces rapidísimo a diferencia de un médico que te deja pie ahí por 3 semanas y luego recuperarlo mucho más más difícil creo que esas partes y se deberían de tratar de recuperar.” MOAB_46

[...] “El medico no me mando a rehabilitación solo me recomendó hacer ejercicios con mis dedos y las muñecas de mis manos con una pelota suave, yo me aplico pomadas y un costalito con semillas que me da calor, asisto masajes terapéuticos muy suaves y me cuido con dieta con alimentos que no me inflamen por ejemplo lácteos, pan, carnes ni embutidos, me van limitando mi dieta.” MAIJ_58

[...] “ cuando comenzó mi dolor tuve mucho frio en mi espalda y ya no puedo dejar el suéter porque siento que el suéter me ayuda a proteger mi espalda del frio y me ayuda a mantener el calor, me sacaron radiografías y todo parece que está perfectamente mi columna que seguramente es una contracción muscular severa, me dieran masajes descontracturantes, yo me pongo un costal terapéutico de semillas en casa , y empecé a hacer higiene de columna, ya acudía los masajes y me pusieron acupuntura , termoterapia y martillo terapéutico pero dejo de tomarlas y me vuelve el dolor ELMN_54

Análisis crítico.

La atención del dolor recibida en las informantes les ha sido difícil tratarlo, pues la falta de información por parte del personal de salud y a los escasos conocimientos de las terapias alternativas, las informantes se han dado a la necesidad de buscar su propio alivio para continuar y manejar su autocuidado sin una buena orientación ya que por lo menos pueden continuar con sus actividades de la vida diaria.

c). Categoría: Experiencias en la Vida Cotidiana y Dolor

La detección del dolor forma parte de la atención médica y que, a pesar de los síntomas, cualesquiera sean ellos, las experiencias de las mujeres se desenvuelven en la vida cotidiana que se encuentra ya distorsionada por las características que posee una dolencia.

Los grados de resistencia al dolor, el control de la experiencia de la intensidad del dolor y la manifestación de este es parte de un proceso que contiene un dominio temporal y otro espacial, el primero por el devenir del tiempo y el segundo porque acontece en lugares concretos, comúnmente en los espacios de la vida en común y se ubica en el cuerpo de las personas. (Lavazza, 2019).

[...] “me despierto y tomo mi medicamento para el dolor como cada mañana, desayuno y algunas veces realizo ejercicios de rehabilitación, pero si tengo mucho dolor no los hago; desayuno, limpio mi casa y me pongo a ver televisión ya me duermo temprano para el siguiente día”, NAEF_60

[...] “despierto y prepara el desayuno, salgo a caminar siempre y cuando no tenga mucho dolor, mis actividades cotidianas las tengo planeadas un día barro y otro no, limpio el jardín, trato mantener limpia la casa, preparo la comida para cuando llega mi esposo y vemos televisión un rato.” ANGH_49

[...] “me levanto, preparo el desayuno para mi esposo y para mí, le ayudo en algunas actividades a mis suegros limpio el patio y preparo la comida el resto de la tarde reposo.” MAIJ_58

[...] “me levanto temprano preparo el lonche de mis hijas y mío, las llevo a la escuela y me voy a trabajar, regresamos comemos y si mi dolor me lo permite me voy al gimnasio a realizar mi rutina regreso preparo todo lo que vamos a ocupar para el día siguiente y así son mis actividades diarias”. SOCD_39

[...] “me levanto siempre con dolor, saco a pasear a los perros, regresó, preparo el desayuno y trato de dejar lo más limpio posible antes de irme a trabajar algunos días me es imposible hacer todo eso. MOAB_46

Análisis Crítico

Cuando las mujeres experimentan dolor se ven afectadas y limitadas al realizar sus actividades de la vida cotidiana y en la cual no pueden desarrollarlas como desearían ya que el funcionamiento es un requisito que se debe manejar de manera adecuada y continua ya que debe ser en condiciones específicas de cada persona, deben ser capaces de afrontar en su cotidianidad al dolor y aunque esté presente y lo manifestando su cuerpo, ya que su rutina de la vida cotidiana es indispensable para las necesidades de su familia.

Subcategoría: Actividad y ejercicio

Los beneficios del ejercicio, no sólo la intensidad disminuye el dolor, sino que mejora la funcionalidad, un reacondicionamiento del cuerpo y corrección de deficiencias específicas como: articulaciones, retracciones y fuerza muscular, mejora el grado de discapacidad (caminar sin bastón, mejorar independencia en actividades de la vida diaria) favorece el control de peso, mejorar el balance dinámico y estático, flexibilidad, rango articular, estabilidad y función articular, disminuir la rigidez y el edema articular. La enfermera debe evaluar el temor que le genera al paciente realizar ejercicio y otras condiciones concomitantes que nos dificulten realizarlo, como es el caso de la depresión, ansiedad, baja autoestima, disfunción familiar o algún conflicto laboral. (Urtubia, Miranda, 2015).

[...] “realizo actividad física 3 horas a la semana y juego 2 veces a la semana tochito solo lo que me permite hacer el dolor cuando lo tengo muy intenso” MOAB_46

[...] “no realizo ninguna actividad física ni recreativa, son muy raras ya que siempre estoy muy cansada” GUA EF_ 43

[...] “después de mi lesión de rodilla me ha condicionado la actividad y ejercicio a la que estaba acostumbrada, ahora si el dolor no es muy intenso trato de cumplir toda mi rutina de ejercicios físicos, aunque termine con más dolor” SOCD_39

[...] “solo salgo a caminar por las mañanas cuando el dolor no es tan intenso y me lo permite, por lo máximo 30 minutos después de esta actividad, a veces me siento mejor y a veces empeora ya no se qué hacer” ANGH_49

[...] “trato de hacer ejercicio un poco de estiramiento y pilates cuando no me duele la espalda pues requiere de mucha movilización del cuerpo y si termino con dolor tengo problemas para cumplir con mi trabajo a veces mejor no hago nada durante muchos días”
ELMN_54

Análisis crítico.

El ejercicio físico es beneficioso para los pacientes con dolor crónico, ya que es de bajo costo y con buena efectividad para el dolor ya que alguna de ellas lo consideran como una barrera para su dolor que les impide adherirse al ejercicio, también es necesario que dependan de una motivación considerando sus intereses personales en cuanto al ejercicio y deben hacer conciencia de que es un apoyo fundamental para el tratamiento del dolor crónico, por lo tanto; es importante prevenir los efectos negativos de las situaciones vitales que afecten a las personas y manejarlo como un autocuidado eficiente.

Subcategoría. Recreación y familia

El dolor y el sufrimiento otorgan una especie de autoridad moral a las víctimas, pero por otro la queja constante provoca cansancio en los círculos más próximos, Se opta en ocasiones por mantener un silencio mesurado sobre el dolor, que también tiene que ver con el miedo al rechazo y cansancio de familia y amigos. (Sanabria. & Gers. 2018)

La recreación y la convivencia con la familia es importante en toda persona, pero ¿estas mujeres como se relacionan con la familia con su dolor?

[...] “soy casada, convivo con mis hijas en sus actividades extraescolares y salgo con algunos de mis compañeros de trabajo fines de semana a retiros espirituales, eso me ayuda a olvidarme del dolor, aunque sea por un rato.” MOAB_46

[...] “estoy casada, convivo con mis hijas salimos hacer ejercicio y salimos de vacaciones 2 veces al año, pero hay algunas actividades que no hago por mi problema de rodilla y me da mucha frustración me imposibilita hacer actividades como escalar o correr con mi familia” SOCD_39

[...] “estoy casada y tengo dos hijos viven en otro estado, pero si tengo comunicación con ellos, se preocupan por mi estado de salud, siempre espero el fin de semana para que mi

esposo me saque a pasear y debe ser en el auto, no puedo caminar mucho, se que volveré a casa a sufrir por el dolor". ANGH_49

[...] "estoy casada, no tengo hijos, salimos poco pues tenemos que cuidar a mis suegros, mi esposo me saca una vez a la semana a desayunar" MAIJ_58

[...] "soy divorciada, tengo 5 hijos, solo uno de ellos está muy pendiente de mí, salgo al centro un rato siempre y cuando no tenga mucho dolor, en mi descanso veo mis novelas eso me distrae" LLAKL_52

[...] "vivo separada de mi esposo, tengo 2 hijas casi no convivo entre semana con ellas solo los domingos vamos a comer o a desayunar prefiero dormir para descansar y que mi dolor disminuya, aunque sea por horas". GUAF_43

[...] "soy soltera, pero convivo con mis hermanas el fin de semana, me regañan mucho porque creen que no me atiende el dolor, me gustaba ir al cine el sábado, pero con la pandemia ya no voy. -No salgo de vacaciones" ELMN_54

[...] "soy viuda, tengo hijos, pero como trabajan me llaman entre semana para saber cómo estoy y si necesito algo, los domingos se rolan para sacarme a pasear, uno que otro domingo no los veo tienen compromiso con su familia, me invitan, pero no voy porque me canso y luego me tiene que regresar e interrumpo sus planes" NAEF_60

Análisis crítico

En las informantes las relaciones con sus familiares con respecto a el dolor conllevan cambios en la vida de la persona y sus familiares, cambios de roles dentro de la familia y malestar ante la incertidumbre de su recuperación se podría notar posiblemente que existe una ayuda cercana o lejana para afrontar la situación y provocar menos estrés, entendiendo que es importante que su autocuidado es necesario para mantener un funcionamiento saludable y un completo bienestar.

Es importante el apoyo que ofrecen los familiares ya que las personas que enfrentan el dolor requieren de estímulos continuos, así como de su entorno ayudando de alguna manera a la resolución de sus problemas y necesidades, aunque a veces predomina el silencio para no perturbar la vida de los familiares, pero el silencio afectado de manera importante a los familiares para poder comprender y responder a sus necesidades, ya que para bien o para mal siempre están presentes.

Subcategoría: Vida laboral y dolor

Dentro de esta subcategoría de la vida laboral ¿cuál es la condición de las mujeres en la vida laboral y después de esta? las mujeres comentan:

[...] “soy maestra doy clases por la mañana 7 horas diarias, estoy sentada mucho tiempo en la computadora, es resto del tiempo lo dedico a las labores del hogar y a las relaciones familiares.” MOAB_46

[...] “mi trabajo es de enfermera y laboro en un hospital por la mañana y de lunes a viernes y por la tarde en escuela de enfermería también sábado por la mañana, tengo dos turnos en el mismo día, el domingo lo dedico a las labores del hogar.” GUAEF_ 43

[...] “trabajo como promotor y asesor en la industria farmacéutica, mi jornada es muy larga, a veces manejo grandes distancias por lo que duro mucho tiempo sentada y otros días tengo que caminar de un lugar a otro, al regresar a casa me dedico a las labores del hogar y a las actividades de mis hijas” SOCD_39

[...] “soy trabajadora del hogar de lunes a viernes de las 9 a las 18 hrs, es un trabajo que en ocasiones son de mucha exigencia y cansancio, y así me la llevo, con el trabajo, ya el sábados y domingo hago el aseo en mi casa y pongo en orden los pendientes.” LLAKL_52

[...] “soy asistente en una persona con discapacidad, le ayudó en su área laboral enviando oficios a sus trabajadores y a realizar algunas actividades como en sus necesidades básicas (bañarse, vestirse y comer) en subir y trasladarlo en silla de ruedas, la silla no pesa porque es aluminio, ya no realizo actividades extras llego muy cansada.” ELMN_54

Análisis crítico

Desde la mirada de Papalia (2014). Las mujeres adultas en una condición de vida sana continúan con vida laboral, familiar y social, así como sus actividades recreativas aun con algunas condiciones de deterioro lento de las capacidades sensoriales, así como de la salud, el vigor y la resistencia, pero las diferencias entre individuos son extensas, en el desarrollo cognitivo las habilidades mentales llegan a su máximo se eleva la competencia y capacidad práctica para resolver problemas. Para las mujeres con dolor crónico tienen limitantes principales de movilidad y actividades de la vida cotidiana y retiro de su vida laboral prematuro, ya que la sobrecarga de trabajo y el inadecuado autocuidado en su vida las lleva a una enfermedad crónica.

Subcategoría: Trabajo en el hogar.

Rivas (2014) señala que las prácticas cotidianas en las cuales se encuentran inmersas las mujeres, es decir su cotidianidad reflejada en la vida con dolor crónico interviene en su rutina, por lo tanto, ha tenido que aprender para vivir tras la enfermedad crónica que padece y las limitaciones que lea ha producido el dolor

Las mujeres con dolor crónico dentro de su trabajo en el hogar ¿Cuál es la cotidianidad y que actividades pueden realizar cuando presentan dolor?

[...] “mis actividades ya no las realizo como antes, rara vez salgo de compras, no puedo estar parada, ni barrer la casa, tampoco regar las plantas, tengo que hacer las cosas sentada porque pues no aguanto estar de pie”, NAEF_60

[...] “mis actividades ya no las realizo como antes rara vez salgo de compras, necesito aditamentos de apoyo para bañarme, no puedo estar parada, ni barrer la casa, tampoco regar las plantas, tengo que hacer las cosas sentada porque pues no aguanto estar de pie”, NAEF_60

[...] “deje de trabajar de empleada, ahora solo me dedico a las labores de la casa con restricciones y las actividades las hago realizo con mucho cuidado por mi salud, porque podría empeorar mi estado actual de enfermedad” ANGH_49

[...] “mi día a día son las labores de la casa (aseo, lavar ropa, preparar alimentos) los realizo yo, aunque tenga mucho dolor y ya no cargo la cubeta porque yo no tengo fuerza para limpiar el piso” MAIJ_58.

[...] “me levanto siempre con dolor, saco a pasear a los perros, regresó, preparo el desayuno y trato de dejar lo más limpio posible antes de irme a trabajar algunos días me es imposible hacer todas esas actividades al quedarse pendientes se van acumulando y aumenta mi responsabilidad día con día”. MOAB_46

Análisis Crítico.

Desde esta mirada de las mujeres es sabido que son responsables de su cuidado directo y, por lo tanto, responsable de su salud, y si., aunque la noción de autocuidado sea lo mismo, el cuidado de la salud de las personas que padecen dolor crónico se debe dirigir con enfoque hacia el autocuidado para evitar que la enfermedad se agrave.

d). Categoría: Vida cotidiana y dolor

La detección del dolor forma parte de la atención médica y que, a pesar de los síntomas, cualesquiera que sean ellos, los pacientes se desenvuelven, de todos modos, en la vida cotidiana que se encuentra ya distorsionada por las características que posee una dolencia. Los grados de resistencia al dolor, el control de la experiencia de la intensidad del dolor y la manifestación de este es parte de un proceso que contiene un dominio temporal y otro espacial, el primero por el devenir del tiempo y el segundo porque acontece en lugares concretos, comúnmente en los espacios de la vida en común y se ubica en el cuerpo de las personas. (Lavazza, 2019)

Las mujeres dentro de su vida cotidiana presentando dolor ¿Cómo resuelven su día a día?

[...] “me despierto y tomo mi medicamento para el dolor como cada mañana, desayuno a veces realizo algunos ejercicios de rehabilitación, pero si tengo mucho dolor no los hago., desayuno, limpio mi casa y me pongo a ver televisión ya me duermo temprano para el siguiente día”, NAEF_60

[...] “despierto y prepara el desayuno, salgo a caminar siempre y cuando no tenga mucho dolor, mis actividades cotidianas las tengo planeadas un día barro y otro no, limpio el jardín, trato mantener limpia la casa, preparo la comida para cuando llega mi esposo y vemos televisión un rato.” ANGH_49

[...] “me levanto, preparo el desayuno para mi esposo y para mí, le ayudo en algunas actividades a mis suegros limpio el patio y preparo la comida el resto de la tarde reposo.” MAIJ_58

[...] “ me levanto temprano preparo el lonche de mis hijas y mío, las llevo a la escuela y me voy a trabajar, regresamos comemos y si mi dolor me lo permite me voy al gimnasio a realizar mi rutina regreso preparo todo lo que vamos a ocupar para el día siguiente y así son mis actividades diarias.” SOCD_39

[...] “me levanto siempre con dolor, saco a pasear a los perros, regresó, preparo el desayuno y trato de dejar lo más limpio posible antes de irme a trabajar algunos días me es imposible hacer todo eso. MOAB_46

Análisis crítico.

Cuando las mujeres experimentan dolor se ven afectadas y limitadas al realizar sus actividades de la vida cotidiana y en la cual no pueden desarrollarlas como desearían ya que el funcionamiento es un requisito que se debe manejar de manera adecuada y continua ya que debe ser en condiciones específicas de cada persona, deben ser capaces de afrontar en su cotidianidad al dolor y aunque esté presente y lo manifestando su cuerpo, ya que su rutina de la vida cotidiana es indispensable para las necesidades de su familia.

Subcategoría: Acostumbrándome a vivir con el dolor, emociones (desesperanza por el dolor)

Hacer parte de la vida cotidiana el dolor. Señala Pinzón, Pérez, Vernaza, (2019). Los síntomas que describe el paciente con dolor tienen que ver con interacciones complejas de factores biológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales; es entonces como la presencia del dolor en la persona implica reordenar las prioridades de cada individuo y demostrar lo que verdaderamente le importa y estas situaciones afectan su calidad y bienestar, Sin embargo, debe entenderse que lo que busca la persona agobiado por un dolor es simplemente empatía y escucha frente a una situación que le afecta su existir dentro del universo de posibilidades de realización personal.

[...] *“Me siento frustrada y desesperada, básicamente ya me acostumbré al dolor, ya no me espanta, pro me pone triste, de mal humor y trato de no hacer actividades que me gustan para no terminar con mucho dolor” MOAB_46*

[...] *“Siempre me siento cansada, ya he tenido que aprender a vivir con el dolor, pero me afecta emocionalmente y estoy desesperada, ojalá, Dios se apiade de mí, tengo miedo de depender de las personas para que me ayuden.” NAEF_60*

[...] *“No quiero depender de alguien, es una experiencia muy frustrante y me deprimó constantemente al no poder hacer algunas actividades con mis hijas y tuve que aceptar la situación.” SOCD_39*

[...] *“Estoy tratando de vivir con el dolor, espero no arrepentirme en el futuro porque no tengo tiempo de atenderme.”* GUAEF_43

[...] *“A veces soy muy grosera con mi familia pues el dolor me frustra traerlo todo el tiempo, al inicio de la enfermedad pensé que se me acababa la vida y lloro aun frecuentemente.”* ANGH_49

[...] *“Mi día a día es al levantarme y sentir el dolor, bajo las escaleras y activo más este problema pues no solo es la rodilla también mis articulaciones, aprendo a vivir con el dolor día a día y siento que son resentimientos que tengo en mi vida y que me frustran.”* MAIJ_58

[...] *“Me siento triste todos los días, lloro frecuentemente, es triste vivir así y tener problemas con el trabajo. Tengo que aprender a vivir con el dolor, pero me es muy difícil aceptarlo.”* LLAKL_52

[...] *“Siempre tengo cansancio en mis piernas, dolor en la espalda, mucho agotamiento cuando tengo mis crisis de dolor, me da tristeza no sé qué hacer, vivo deprimida.”* ELMN_54

Análisis crítico.

La molestia, el malestar y el agotamiento que presentan las informantes están siendo parte de sus experiencias, influyendo en su autocuidado y en la falta de interés de buscar ayuda profesional, ya que está siendo una experiencia emocional que les produce frustración.

CAPITULO V. DISCUSIÓN

Ledón (2011). Refiere que las personas con enfermedades crónicas suelen estar imbuidas de una profunda conciencia de sufrimiento familiar y de consecuentes sentimientos de culpa a partir de construirse a sí mismos/as en términos de "carga" familiar ya que la familia es la primera red de apoyo social del individuo y ejerce una función protectora ante las tensiones que genera en dolor crónico en su vida cotidiana, refiriendo a la familia como la fuente de apoyo (material, pero sobre todo emocional) por excelencia. Las acciones de acompañamiento a lo largo de todo el proceso, de comunicación, de búsqueda activa de soluciones, y de provisión de cuidados, se convierten en estímulos fundamentales para atenuar el impacto de la enfermedad, fomentar la adhesión al tratamiento y lograr la recuperación de la salud.

Ballesteros & Fernández (2019). mencionaron que Los pacientes que acuden a las terapias alternativas complementarias argumentan carencias de la medicina convencional, como dificultad de acceso a los sistemas de salud, escaso tiempo dedicado por los profesionales en la consulta, deterioro de la relación médico-paciente o ausencia de los resultados en algunos procesos y a modo de última alternativa ante diagnósticos y tratamientos fallidos.

La dieta mediterránea si influye en disminución del dolor no en la rigidez no tuvo diferencias significativas entre los grupos dietéticos. La gravedad del dolor se redujo en el grupo de dieta mediterránea, pero no se informó ningún cambio significativo en pacientes con dietas bajas en grasa y regulares. Parece que los componentes dietéticos en el MD, independientemente del efecto de pérdida de peso, son efectivos en la reducción del dolor en pacientes con dolor articular. (Alireza, Gholamreza, Seyedeh, Somayae, Nooshin, 2022)

Desde la mirada de Papalia (2014). Las mujeres adultas en una condición de vida sana continúan con vida laboral, familiar y social, así como sus actividades recreativas aun con algunas condiciones de deterioro lento de las capacidades sensoriales, así como de la salud, el vigor y la resistencia, pero las diferencias entre individuos son extensas, en el desarrollo cognitivo las habilidades mentales llegan a su máximo se eleva la competencia y capacidad práctica para resolver problemas. Para las mujeres con dolor

crónico tienen limitantes principales de movilidad y actividades de la vida cotidiana y retiro de su vida laboral prematuro, ya que la sobrecarga de trabajo y el inadecuado autocuidado en su vida las lleva a una enfermedad crónica.

El abordaje del dolor crónico tiene como objetivo utilizar un enfoque centrado en el paciente para tratar su dolor y mejorar su bienestar, funcionalidad y calidad de vida. La revisión de Castillo-Bueno et al. muestra una reducción de diferentes tipos de dolor crónico, como son el dolor osteoarticular o la cefalea, entre otros, mediante la aplicación de diferentes intervenciones no farmacológicas por profesionales enfermeros.

Aunque estas intervenciones pueden aliviar el dolor, la magnitud del beneficio mostrado es pequeña haciendo que la relevancia clínica de las intervenciones parezca incierta o dudosa. Las limitaciones de los estudios incluidos como son el pequeño tamaño de las muestras, la corta duración de las intervenciones y su seguimiento, y la falta de medidas estadísticas que ayuden a valorar la relevancia clínica y la generalización de los resultados contribuyen a que los resultados arrojados requieran ser considerados con prudencia. Por otro lado, la amplia variabilidad en cuanto a las intervenciones utilizadas en estos estudios hizo que no se pudiera llevar a cabo un meta-análisis para poder identificar aquella intervención más efectiva en el manejo del dolor crónico, limitándose por tanto a realizar un análisis narrativo.

Sin embargo, a pesar de todas esas limitaciones ya reconocidas en la revisión sistemática, Guías de Práctica Clínica y documentos que recogen recomendaciones basadas en evidencias sobre el manejo del dolor crónico y que han sido elaborados en los últimos años por sociedades e instituciones científicas, contemplan el valor añadido que éstas y otras intervenciones no farmacológicas aportan al control del dolor crónico y, por consiguiente, repercuten en el bienestar y calidad de vida de los paciente que lo sufren.

Con respecto a las intervenciones estudiadas en la revisión, pocos han sido los estudios encontrados que evalúen intervenciones no farmacológicas para aliviar el dolor y que, además, hayan sido puestas en marcha solamente por enfermeras. La propia revisión sistemática reconoce que es un criterio de inclusión que limita los resultados de la revisión. Es el caso del ejercicio físico para el alivio del dolor, con sólo un estudio

identificado. Las últimas evidencias recomiendan las terapias basadas en el ejercicio, independientemente de su forma o tipo, para el manejo del dolor crónico, sobre todo el dolor de espalda y de cuello. Cabe preguntarse, ¿sería más indicado revisar e identificar aquellas intervenciones no farmacológicas más eficaces para el alivio del dolor crónico e incorporar, posteriormente, aquellas más adecuadas al ámbito de actuación enfermero?

Estudios como el de Castillo-Bueno et al. o las guías de práctica clínica son fundamentadas en las mejores evidencias son aval científico para que las organizaciones de servicios se planteen e incorporen en sus carteras de servicios, estrategias alternativas para el manejo del dolor y, proporcionar una atención de calidad científica y holista a los pacientes con dolor crónico. Se ha visto que una población con mayor calidad de vida recurre a los servicios sanitarios en menor medida.

La necesidad de ofrecer otras alternativas para el tratamiento del dolor se sustenta en la recomendación de realizar un abordaje, por un lado, multimodal dada la naturaleza multidimensional de la percepción del dolor y por el otro, multidisciplinar. Las enfermeras, dentro del equipo multidisciplinar, son identificadas como uno de los profesionales clave para la gestión del dolor, de hecho, las GPC reconocen a la enfermera como el profesional sanitario con uno de los papeles más relevantes en la valoración y manejo del dolor ya que se encuentra en continuo contacto con la persona.

El campo de actuación enfermero dentro del control y alivio del dolor de la población es muy amplio. Aunque no es intención de la revisión sistemática de Castillo-Bueno et al, parte importante reconocida por las últimas evidencias en el manejo del dolor crónico y que a su vez está en la mano de las enfermeras por dicha proximidad con el paciente, es la valoración rigurosa e identificación adecuada del tipo de dolor que el paciente está sufriendo. Es necesario proporcionar un cuidado individualizado a la persona con dolor, cuidado que parta de una adecuada valoración con el objetivo de proporcionarle el mejor tratamiento combinando diferentes estrategias de intervención, farmacológicas y no farmacológicas. Una atención de calidad en el control del dolor pasa por evaluar adecuadamente al paciente y adecuar el tratamiento a sus necesidades. Todo esto requiere a priori la elección del instrumento de medida más adecuado y preciso, sobre todo si queremos realizar comparaciones para ver la evolución del paciente y seguir

individualizando el cuidado. Es de vital importancia realizar estudios de investigación que identifiquen el instrumento más adecuado para cada tipo de paciente y situación. De esta manera la comparación entre poblaciones similares con el mismo instrumento aportará una evidencia más rigurosa y se podrá identificar la intervención terapéutica más efectiva para cada tipo de paciente.

Parece que es clara la efectividad de ciertas intervenciones no farmacológicas en el alivio del dolor crónico. La musicoterapia, la psicoeducación y la terapia cognitivo-conductual e incluso el ejercicio físico en determinadas situaciones previamente valoradas, reportan evidencias de su efecto beneficioso con un riesgo mínimo de efectos adversos. Es, por lo tanto., algo para tener en cuenta a la hora de establecer la organización y provisión de los servicios sanitarios enfermeros sin perder de vista la continua mejora de éstos, es decir, sin perder de vista la necesidad de seguir realizando investigaciones que nos ayuden a tomar decisiones y realizar juicios profesionales avalados científicamente.

Mencionan Moreno, García, Casallo, Gómez, Cortina & Y Moreno (2020). Que existen estudios sobre la disminución del dolor en distintas patologías con ejercicios de fisioterapia sin embargo son escasos los que evalúan el dolor durante los mismos, y consideran que el control del dolor durante el tratamiento puede ser un factor importante en la recuperación de la situación funcional previa en contraste con otros que no tienen en consideración este factor e incluso abogan por un inicio más precoz de la rehabilitación.

Se pretende demostrar cómo en el domicilio se puede llevar un apropiado control de síntomas de la persona enferma cuando los cuidados paliativos son realizados a través de un sistema organizado, con un equipo multiprofesional de trabajo que tenga la capacidad de ocuparse de todas las áreas de la persona enferma: somática, psicológica, social y espiritual. Para el paciente encontrarse en su domicilio supone estar dentro de un ambiente conocido, manteniendo su intimidad, pudiendo realizar ciertas tareas laborales, continuar con sus hábitos y algunos de sus actividades preferidas. Es necesario también incluir a la familia del paciente en el cuidado domiciliario. (Marcos, & Tizón, 2013).

Estudio en trabajadores por realizar trabajos manuales tienen más dolor (74,3%), por situación económica precaria (89,3%), consumen más fármacos (57,7%), tienen limitación en deambulación (17,5%) y bipedestación (estar de pie) (25,6%), se les aplican protocolos de cargas (85,5%) y movimientos repetidos (77,4%), realizan movimientos de tronco (52,6%) y miembros superiores (24,8%) y reciben menor formación preventiva (51,7%), pero utilizan protección lumbar (19,6%). Los trabajadores de trabajos no manuales tienen mayor limitación en cargas (37,4%) y sedestación (43,5%) se les aplican protocolos de usuarios de pantallas (94,8%) y tienen peor tipificación en clase social el 57,1% clase media-baja. Por lo tanto, la lumbalgia es una dolencia prevalente, de curso desfavorable, que implica impacto individual, social y laboral y el realizar tareas manuales se asocia con un aumento en la escala de incapacidad, independientemente de la edad y el género. (Vicente, Casal, Espí-López, Fernández, 2019).

La inadecuada atención del dolor aumenta la angustia de las personas; muchas viven con dolor hasta el punto de que algunas llegan a considerar esta experiencia como una parte inevitable de la vida. El 50% de la población general padece algún tipo de dolor crónico por lo menos una vez en la vida. El tratamiento de cualquier dolor crónico debe basarse en la Escala Analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El 75% de los pacientes con dolor crónico recibe al menos un analgésico; los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son los más utilizados. Sólo el 6,4% de los pacientes en España recibe algún tipo de derivado opioide, lo que implica la cuarta parte del uso que tienen estos fármacos en otros países europeos como Alemania o Francia. El objetivo del tratamiento es minimizar el dolor y así mejorar la calidad de vida del paciente.

Nuestro propósito es describir la prevalencia de uso de los 3 escalones terapéuticos de la OMS en los pacientes con dolor osteomuscular crónico y usuarios de 2 centros de atención primaria, mediante la realización de entrevistas personales durante el segundo semestre de 2003 y el primero de 2004. (Noceda, Moret, Alonso, 2007).

CAPITULO VI. CONCLUSIONES

En el alcance de los objetivos y la teoría de Orem es importante comprender que cuando el dolor se hace presente en cualquier etapa de la vida se transforma en una experiencia emocional desagradable que participa y modula los procesos de aprendizaje, neurobiológicos, psicológicos y sociológicos y va adquiriendo importancia en la medida en que el dolor se mantiene con el tiempo afectando la calidad de vida y enfrentándose con el tiempo a un déficit del autocuidado.

El dolor en las mujeres es distinto al de los hombres por el funcionamiento propio y por los cambios sociales y culturales y que siempre se presenta con mayor intensidad y duración y mayor vulnerabilidad, ya que nos caracterizamos por tener peor salud y solicitar ayuda más frecuentemente, consumiendo más analgésicos prescritos y no prescritos

En las descripciones de las mujeres se encuentra un predominio en el componente cognitivo-evaluativo al manifestar por qué les duele y cómo influye en la forma de ver el mundo con sus experiencias con el dolor, en el afectivo-emocional de cómo afecta el dolor en su vida, como amenaza su calidad de vida y como disminuye su autoeficacia en sus actividades cotidianas, en la dimensión sensorial discriminativa manifestaron el grado de dolor y que cosas pueden hacer dejar de hacer con el dolor crónico.

Los hallazgos obtenidos hasta el momento clarifican algunos aspectos: establecen que el dolor crónico es más prevalente en mujeres, que estas presentan mayor riesgo de desarrollarlo y que presentan un umbral doloroso más bajo, con mayor sensibilidad al dolor dependiendo del tipo de estímulo doloroso siendo el neuropático el que más afecta la calidad de vida, sin embargo, presentan una mayor habituación al mismo especialmente si los estímulos dolorosos se mantienen en el tiempo. También presentan mayor número de localizaciones dolorosas como cadera, tobillo, rodilla hombro, cuello y articulaciones.

Las mujeres no se adhieren al tratamiento ya sea por la inadecuada orientación por parte de enfermería o por el sistema de salud que no es una atención centrada en la persona o en su enfermedad, ni considerando su situación personal y social que no valora

las necesidades de las personas en el alivio del dolor, es por ello que estas informantes buscan su propia atención siendo inadecuada al no cubrir sus necesidades y circunstancias con métodos no adecuados, tomando decisiones de su propio autocuidado resultando agravar la situación y comenzar un déficit provocando limitaciones en su estructura física, actividades de la vida diaria y en la propia relación familiar, situaciones que las llevan a adaptarse a vivir con el dolor causándoles experiencias desagradables y angustia.

Menciona la teoría de Orem que el autocuidado se debe aprender y desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme a los requisitos reguladores de cada persona, identificar los requisitos (necesidades del sujeto) están asociados en de estados de salud, características específicas de salud y el nivel de desgaste de energía y factores medioambientales de cada persona, aplicarla al cuidado de enfermería para favorecer la recuperación del sujeto de la atención. La visualización de paciente algunas teóricas Henderson, Nightingale señalan al individuo paciencia-resignado.

Esta manera de definir ha perdido valor, en gran parte, como consecuencia del deterioro de su significado original, así, paciente, derivado del participio patí, que significa experimentar, sufrir, soportar “es una persona que sufre”, (Marriner y Raile, 2018), surge el cuidado en la comprensión de los mecanismos que desencadenan el dolor, en el estudio de la neurofisiología del dolor, en la investigación de medicamentos para tratarlo, en la aplicación de procedimientos invasivos y no invasivos para aliviarlo, en el uso de métodos convencionales, alternativos y complementarios para abordarlo, en el entrenamiento y especialización de profesionales médicos, de enfermería y demás personas que conforman los equipos de salud, enfocados en el cuidado de pacientes con dolor y el logro más trascendental ha sido humanizar e individualizar el cuidado de las personas con dolor, personalizando las enfermedades y los diagnósticos, de los pacientes y sus diferentes patologías. (Montealegre, 2014)

Como no compartimos la definición del citado autor en esta investigación se reemplazará el término “paciente” por el de “sujeto de la atención” que visualiza al individuo en un concepto más amplio relacionado con las necesidades humanas sobre las que se articula el cuidado que brinda la enfermería.

Recomendaciones

- Escuchar música es una intervención de enfermería eficaz a corto plazo para reducir el dolor crónico causado por la osteoartritis en personas de 65 años o más.
- Escuchar música es una intervención de Enfermería que ayuda a corto plazo a reducir el dolor articular, la depresión y la discapacidad y a aumentar la capacitación del paciente (empoderamiento).
- Un programa de tratamiento cognitivo-conductual es una intervención de enfermería que puede reducir el dolor crónico.
- Un programa de psicoeducación puede reducir la gravedad del dolor osteoarticular de causa desconocida, la depresión, la discapacidad, la dependencia, mejora la autoeficacia, la participación en las actividades, conducta de rol y la satisfacción con la vida.
- La estimulación sensorial, como la técnica de enfermería útil para la reducción de la intensidad del dolor crónico, independientemente de su origen.
- La terapia magnética puede ser una intervención de enfermería útil para reducir la cefalea crónica.
- Las imágenes guiadas pueden ser una terapia eficaz para el manejo del dolor tensional de cabeza crónica, además del tratamiento farmacológico convencional.
- Los programas de ejercicios pueden ser eficaces en la mejora de la función física de los pacientes con dolor musculoesquelético crónico, sin embargo, se debe tener cuidado en pacientes frágiles para evitar causar dolor. Ver plan de cuidados de enfermería anexo d.

PROPUESTA: Agencia de autocuidado de enfermería para personas con dolor muscular y articular crónico

Holísticamente el ser humano es fuente integradora de aspectos emocionales, intelectuales y sociales, desarrolla métodos necesarios para la conservación de su estructura y funcionalidad, para mantener un mejor nivel y calidad de vida. La estrategia fundamental es el autocuidado y puede verse afectado cuando el individuo se encuentra ante cualquier situación de sufrir dolor crónico, ya que puede generar modificaciones en los estilos de vida que pueden influir a lo largo de su vida.

El tratamiento del dolor crónico marca un impacto emocional y cambios en el estilo de vida tratando de reducir su intensidad, su frecuencia, tipo de dolor, localización y la causa que lo genero ya que se consideran dentro de este tratamiento las medidas de ayuda integral considerada la orientación y la capacidad de una agencia de autocuidado que el individuo y su familia requieren para minimizar la progresión del daño dentro de las medidas protectoras como parte del tratamiento del dolor muscular y articular crónico se encuentran: la realización de ejercicio físico, adaptación a nuevos regímenes nutricionales, adherencia al tratamiento farmacológico, asistencia a la atención rehabilitadora y el manejo posible de respuestas psicológicas.

Se propone una agencia de autocuidado como un complemento de los servicios de salud, donde se debe compartir la responsabilidad del usuario como un deber el autocuidado siendo un valor inherente a cada ser humano y con la sociedad en la propia salud que generan deterioro de la calidad de vida y a altos costos económicos.

La agencia de autocuidado es una estrategia que responde a las metas y prioridades de enfermería, que toma la tendencia hacia el autoconocimiento y empoderamiento del individuo y de la sociedad, Orem la define como la compleja capacidad desarrollada que permite, a las personas discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a realizar las actividades de autocuidado terapéutico mediante intervenciones determinadas para cubrir los requisitos para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico a lo largo del tiempo.

La agencia de autocuidado puede estudiarse en relación con las capacidades del individuo como ser integral, racional, biológico y emocional, que entran en juego cuando el ser humano realiza algún tipo de acción incluyendo su repertorio de habilidades y la clase de conocimiento sobre su salud para ocuparse de una gama de conductas concretas como teoría general, la TDAE ofrece una explicación descriptiva de por qué las personas necesitan la enfermería y qué procesos se necesitan para obtener la atención enfermera requerida. Los conceptos de la teoría son abstracciones de las entidades que representan el objeto real de las enfermeras en situaciones concretas de la práctica enfermera. Autocuidado, cuidado dependiente y cuidado enfermero son formas de acción deliberada para alcanzar un objetivo concreto.

Orem menciona que para tener una agencia de autocuidado se requieren ciertas habilidades a desarrollar como:

Capacidades y disposición para el autocuidado consistiendo en que el individuo tenga la sensación, memoria y orientación.

La capacidad de comprometerse el individuo, adquirir habilidades para valorar su salud y una continua autoevaluación sobre los hábitos de autocuidado y las necesidades de cambio, las necesidades humanas sobre las que se articula el cuidado que brinda la enfermería.

El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso, entre la interacción social y la soledad, así como la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar del desarrollo.

Dentro de los requisitos universales del autocuidado son los derivados de una condición asociados a un evento:

La desviación de la salud donde las condiciones de enfermedad, lesión o enfermedad pueden resultar de las medidas médicas requeridas para diagnosticar y corregir la condición.

Ser consciente y prestar atención a los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos.

Llevar a cabo de manera efectiva las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación médicamente prescritas.

Ser consciente y atender o regular los efectos molestos o nocivos de las medidas médicas prescritas

Modificar el autoconcepto (y la autoimagen) al aceptarse a sí mismo como en un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de atención médica

Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal continuo.

Objetivos:

Guiar a la persona para que alcance los resultados necesarios para cubrir las necesidades terapéuticas de autocuidado compensando las limitaciones asociadas al dolor crónico articular comprometiéndolos a regular mediante acciones asociadas a su funcionamiento y desarrollo para mejorar su estado de salud.

Actuar, saber y ayudar a las personas e implicarse las enfermeras en cubrir las necesidades terapéuticas, desarrollo y actividades propias del autocuidado.

Orientar y ayudar a las personas al ejercicio de su actividad de cuidado dependiente.

Acciones:

Orientación sobre el problema de salud por el que se ha presentado a consulta.

Considerar factores condicionantes básicos que puedan alterar la demanda del autocuidado como la edad, estado de salud, enfermedad, modelo de vida, disposición personal para el mejoramiento de la salud, el sistema sanitario y el sistema familiar.

Dirigir y explicar los tratamientos recetados por el médico como: adherencia farmacológica

Ofrecer y gestionar apoyo físico y psicológico.

Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal mediante el autocuidado.

Favorecer el empoderamiento en automanejo del dolor y la adhesión a estrategias de afrontamiento no farmacológica que requieran su participación como la prescripción de ejercicio físico y descenso ponderal, adiestramiento en técnicas de autorregulación emocional, terapias alternativas entre otras.

Orientación familiar y al cuidador primario.

Utilización de instrumentos de valoración mediante de escalas adecuadas que involucren las 4 esferas del individuo y que sean personalizadas para no subestimar el dolor o tratar de entenderlo con el comportamiento del individuo tomando en cuenta independientemente de la causa del dolor y del tipo e intensidad del mismo, influyen múltiples factores no directamente relacionados con la etiología causal y que pueden modular la duración, intensidad e impacto o discapacidad de la sensación dolorosa, ya que se deben tener en cuenta para una valoración global más eficaz y partiendo siempre de una historia clínica que recoja todos los aspectos que circundan la sintomatología y a la persona afectada y sus condiciones personales. Ver plan de cuidados de enfermería anexo d.

CAPITULO VII. REFERENCIAS

- Sadeghi, A., Zarrinjooiee, G., Mousavi, S. N., Abdollahi Sabet, S., & Jalili, N. (2022). Effects of a Mediterranean Diet Compared with the Low-Fat Diet on Patients with Knee Osteoarthritis: A Randomized Feeding Trial. *International journal of clinical practice*. <https://doi.org/10.1155/2022/7275192>
- Amatriain, A. (2019) Manejo y plan de cuidados en el paciente con dolor. *Revista-portalesmedicos.com*
- Andersson, I., Rozo, A. (2015) Rol del médico rehabilitador en el manejo del dolor. *Rev. fis rehab - 25(1): 63 – 69*
- Balderas, M., Zamora, M., Martínez, S. (2019) Trastornos musculoesqueléticos en trabajadores de la manufactura de neumáticos, análisis del proceso de trabajo y riesgo de la actividad. *Acta univ. 29* <https://doi.org/10.15174/au.2019.1913>
- Ballesteros, S., Fernández, I. (2019). Conocimientos y actitudes sobre terapias alternativas y complementarias en estudiantes de ciencias de la salud. *4(16), 207-215*. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2015.07.002>
- Barragán, B., Mejía, A., Gutiérrez, R., (2007) Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud Publica Mex. 49 supl 4: 488-494*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-007/sals074h.pdf>
- Bautista, J., Ortega A., Gómez J.A. (2005), *Salud y enfermedad en poblaciones antiguas. Estudios de Antropología Biológica, XII: 839-848, México, ISSN 1405-5066 Dirección de Antropología Física, INAH.*
- Bardin, L. (1996) *Análisis de contenido. Akal. 2ª e.*
- Bilbeny, N. (2019) dolor crónico en Chile. *Rev. Médica Clínica las Condes. 30 (6) DOI: 10.1016/j.rmclc.2019.08.002*
- Bonica. J. (2020) *Asociación Internacional para el estudio del dolor*
- Bonilla E., Rodriguez, P. (2021) *Mas allá del dilema de los métodos. Ediciones Uniandes. Grupo Editorial Norma . Bogotá. Cap. 1.*
- Bulechek M., Butcher K., Dochterman M., Wagner M. *Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). ed. 6ª. Ed. Elsevier*

- Cáceres, R., Gil, E., Barrientos, S., Porcel., AM., Cabrera., A. (2020). Consecuencias del dolor crónico no oncológico en la edad adulta Revista de Salud Pública. 54:39. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001675>
- Cid, C., B. Acuña, JP., de Andrés, J. Díaz, L. Gómez, L. (2014). ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor? Evaluación del dolor crónico. Revista Médica Clínica los Condes. 25 pag.687-697
F:/S071686401470090%20eVALUACION%20del%20dolor.pdf
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S. & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 396(10267), 2006-2017
- Conceição de Carvalho, F. (2003) A enfermagem nos cuidados ao paciente com dor. <https://www.monografias.com/pt/trabalhos3/enfermagem-cuidados-paciente-com-dor/enfermagem-cuidados-paciente-com-dor.shtml>. Monografias.com .
- Covarrubias, A. (2020). El dolor en México. Revista Algia ®. Algia.org.mx/el-dolor-en-meacutexico.html
- Creswell, J.W (2013). Qualitative Inquiry Research Design, 3rd ed. California: Sage Publications .
- Cristóbal, E. (2016) Intervenciones de enfermería para pacientes adultos con dolor crónico. ene. 10, (1) http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/604/evidencia_dolor
- Cristóbal, E. (2011) Nursing intervention for adult patients experiencing chronic pain Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals. ene.15(10): 1-4
- Dagnino, J. (2018) Definiciones y clasificaciones del dolor. Revista de Ciencias Médicas 23(3) DOI:10.11565/arsmed. v23i3.1034
- de Carvalho, C.F. (2003) A enfermagem nos cuidados ao paciente com dor. <https://www.monografias.com/pt/trabalhos3/enfermagem-cuidados-paciente-com-dor/enfermagem-cuidados-paciente-com-dor.shtml>. Monografias.com.
- de la Cruz, L.A., Mota, D., Agüera E., Islas P. (2016) Mecanismos neurofisiológicos en respuesta al estrés. Research Gate.
- Delgado B.S., Brandes M.F., Ramírez I. de la T. MV., Capdevila G. L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev. Soc. Esp. 25(4): 228-236 DOI: 10.20986/resed.2018.3632/2017

Dickerson, K. (2019) Living With Chronic Muscle and Joint Pain <https://www.newyorkorthopedicmassage.com/living-with-chronic-muscle-and-joint-pain/>

Epidemiología del Dolor Crónico en México este Instituto medicina del dolor y cuidados paliativos A.C. 2020. <https://imedocp.org/epidemiologia-del-dolor-cronico-en-mexico/>

Fuentes, T., Aznar, P. (2020) ¿Qué es la Unidad del Dolor? Funciones de la enfermera en las Unidades del Dolor. Rev. Ocronos. 3 (6): 96

Gallach Solano, E, Bermejo Gómez, M A, Robledo Algarra, R, Izquierdo Aguirre, R M, & Canos Verdecho, M A. (2020). Determinantes de género en el abordaje del dolor crónico. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 27(4), 252-256. Epub 13 de octubre de 2020 <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3802/2020>

García-Andreu J. (2017) Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anestesia en México 29: (Supl. No.1) 77-85. Disponible en: www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s4/v49s4a08.pdf

García, I., Jiménez, D., Díaz, JL., Conesa, MC., López, MJ., Gómez, R. (2007) Aproximación a la percepción del dolor en la población de la ciudad de Murcia. Revista Paraninfo Digital. 1. <http://www.index-f.com/para/n1/p057.php>

González, R., & Moreno, M. (2007). Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 14(6), 422-427. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000600004&lng=es&tlng=es .

Geneen, L.J., Moore, R.A., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L.A., Smith, B.H. (2017) Actividad física y ejercicio para el dolor crónico en adultos. revisiones Cochrane. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011279.pub3>

Gomezese, O., González, H.L. (2022). Dolor: una mirada introductoria. MedUNAB; 4 (10) :20-5. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/320>

Gómez, V., Jiménez, A. (2015) Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. Revista de la universidad boliviana. 14(40), 377-396. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682015000100018>

Guamba., J., Mabel MA., Herrera, RJ., Gallardo, SG., Morales, EL., Pazmiño JD. (2019). Manejo del dolor en el postoperatorio de cirugías articulares. Nuevos enfoques. Revista Cubana de Reumatología, 21(1), e59. <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2555861>

- Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. (2018) What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*; 391: 2356–67
- Heather T., Kamitsuru S., Takao López C. (2021-2023). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificaciones.* ed. 12ª. Ed. Elseiver
- Hernández, R., Fernández C., Baptista, M.P. (2010) *Metodología de la investigación* Mc Graw Hill. 5ta Edición.
- Husserl, E. Ideas para una fenomenología pura y para una filosofía fenomenológica. <https://definicionesyconceptos.com/phenomenologia-de-edmund-husserl-filosofia/?print=pdf> Edmund Husserl. Ideas relativas para una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Libro primero: introducción general a la fenomenología pura , trad. Ziri6n A., y Gaos, J. M6xico,fce/unam., 2013
- INEGI: Cu6ntame, M6xico 2020. Poblaci6n total por n6mero de habitantes en M6xico. indicadores sociodemogr6ficos de M6xico. [Cu6ntame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?](https://www.cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx)
- Instituto de medicina del dolor y cuidados paliativos, A.C. (2020). *Vivir con dolor severo en las articulaciones*, Centers for disease control and Prevention (CDC) 2022
- Instituto Nacional de Salud P6blica (2019). D6a mundial contra el dolor: el alivio es un derecho universal. Gobierno de M6xico. <https://www.insp.mx/avisos/5097-dia-mundial-dolor-cronico.html>
- Jim6nez, A., & Bautista, SG. (2014) Experiencia diferencial del dolor seg6n g6nero, edad, adscripci6n religiosa y pertenencia 6tnica. *Art6culo de revisi6n.* 16 (3). 49-55 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2014/amf143d.pdf>
- Kaplan, J.E., Hanson, D., Dworkin, M.S., (2000) Epidemiology of human immunodeficiency virus-associated opportunistic infections in the United States in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis*;30:Suppl 1:S5-S14.
- Kuorinka, I., Jonsson, A., Kilbom, B., Vinterberg, H., Biering-Sorensen, F., Andersson, G., Jorgensen, K. (1987) Standardised
- Lavazza, VH. (2019). Causalidad en la experiencia del dolor, el padecer y la vida cotidiana. *Revista Tabula Rasa.* 30 27-45. Doi: <https://doi.org/10.25058/20112742.n30.02>
- Prado M. L., de Souza M.L., Carraro T.E. (2000) *Investigaci6n cualitativa en enfermer6a: Contexto y bases conceptuales.* Lenise do Prado M., Quelopano del Valle A.M., Compean Ortiz L.G. Res6ndiz Gonz6lez E. Cap. 7. El dise 1o de la investigaci6n cualitativa. Ed. Paltex. 9, 90-97

- Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Revista Cubana de Salud Pública, 37(4), 488-499.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400013&lng=es&tlng=es.
- Lillo, S. (2019) Medicina física y rehabilitación en el dolor crónico pediátrico. Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Clínica Las Condes. Santiago, Chile Vol. 30. Núm. 6. 436-445; DOI: 10.1016/j.rmclc.2019.10.001
- López, J.R., Rivera, S. (2018) Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. Revista Ciencias de Salud. 2018;16(2):340-356. Doi:
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6773>
- López, M. (2011). Los dolores de las mujeres. Día mundial de acción por la salud de las mujeres. Ministerio de salud de la mujer y del Ministerio de sanidad.
<https://www.sevilla.org/servicios/mujer-igualdad/campanas-de-sensibilizacion/28-mayo/historico-campanas-28-de-mayo/pdf-historico-campanas-28-de-mayo/los-dolores-de-las-mujeres.pdf>
- López de Castro, F. Rodríguez, FJ. Méndez, I. Mancebo, R. Gómez R. (2003) ¿Existen diferencias en la percepción del dolor entre varones y mujeres? Aten Primaria. 31 (1)18-22
- Marcos, E., & Tizón, B. (2013). Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos, 24 (4), 168-177.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400005>
- Marriner, A., Raile, M. (2018) Modelos y teorías en enfermería. Teoría del déficit del autocuidado en enfermería. Dorothea Elizabeth Orem. 9na ed. Elsevier España. 541-578
- Merskey, H. and Bogduk, N. (1994) Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. IASP Press, Seattle.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, L. Swanson, E. (2013). Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. ed. 5ª. Ed. Elsevier
- Montealegre, G. (2014) Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. Rev. Cuid. 5 (1): 679-88
- Moscoso, J. (2015). El dolor crónico en la historia. Revista de Estudios Sociales URL:
<http://journals.openedition.org/revestudsoc/8123>. 47. 170-176

- Moreira, CM., Oliveira, BL., Pereira, Al., Thomaz, F.G. (2020). Dolor y sufrimiento desde la perspectiva de la atención centrada en el paciente. Revista Bioética vol. 28 (2)-249-256 Doi: 10.1590/1983-80422020282386 .
- Moreno, M.G., Interrial Guzmán, M.G., Vásquez Arreola, L., Medina Ortiz, S.G. & López España, J.T. (2015). Fundamentos para el manejo del dolor posoperatorio. Gestión de enfermería.ed.1era. Ed. El manual moderno. México.
- Moreno, JA., García, I., Casallo, M., Gómez, L., Cortina, M., Moreno, I. (2020). Estudio del dolor en los tratamientos de rehabilitación. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 27(6), 361-368. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3809/2020>
- Muñoz, M.E. (2016). Antropología del cuerpo y el dolor. Revista Universitas ciencias sociales y humanas. XIV (24), 41-62. DOI: 10.17163/unin24.2016.02.
- Naranjo, HY., Concepción, P.J. & Rodríguez, L.M. (2017). La teoría del déficit del autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Revista Gaceta Medica espirituaana. 19 (3). <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>
- Noceda JJ., Moret C., Alonso, L.A. (2007). Tratamiento del dolor osteomuscular crónico. Atención Primaria. 39, (1), 29-33
- Palacio Benavidez (2019). Cuestionario Nordico de Kuarinka. Ergonomía en español. <http://wwwergonomia.cl>
- Papalia, D. Feldman, R. Martorell, G. (2012) Desarrollo humano. Adultez media 40 a 65 años. McGraw Hill. 12 ed. 418-452
- Pérez, C. (2020). ¿realmente las mujeres tienen un mayor umbral del dolor? Estas son las diferencias entre mujeres y hombres. Artículo infosalud/investigación. <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-realmente-mujeres-tienen-mayor-umbral-dolor-son-diferencia-dolor-mujeres-hombres-20201208075931.html>
- Pérez, G., Aragón M. C., Torres L. M. (2017) Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? Rev. Soc. Esp. Dolor 24 (1): 1-3. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462017000100001&lng=es
- Pérez, J., Abejón, D., Ortiz, J.R., Pérez, J.R. (2005) Pain and its treatment over history. Rev. Soc. Esp. Dolor. 12: 373-38
- Prado, M. L., Souza, M.L., Carraro, T. E. (2008). Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000; 9).

- Ramírez, L., Leyva, F., & Fernández Parra RM (2020). La historia del dolor y su tratamiento en civilizaciones antiguas. Revista Edumed Holgin. Cuba F:/historia%20breve%del%20dolorp.df
- Ramos, E., Blas,C., & López, S. (2015) Curso Básico sobre el dolor tema 4. Dolor muscular y articular. Revista abordaje farmacéutico 29 (4) <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-curso-basico-sobre-dolor-tema-X0213932415344828>
- Rivas, JC. (2014) La cotidianidad del paciente crónico. Revista Margen No.73. ENTS – UNAM. C.U. México. <https://www.margen.org/suscri/margen73/rivas.pdf>
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1996). Tradición y enfoques en la investigación cualitativa. Metodología de La Investigación Cualitativa, 23-36. Retrieved from <http://www.albertomayol.cl/wp-content/uploads/2014/03/Rodriguez-Gil-y-Garcia-Metodologia-Investigacion-Cualitativa-Caps-1-y-2.pdf>
- Sanabria, JP., Gers, M. (2018). Implicaciones del dolor crónico en la calidad de vida de las mujeres con fibromialgia. Revista Psicología de estudio.23 (c.38447). <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v23.e38447>
- Sandín, M. P. (2000). Criterios de Validez en la Investigación cualitativa: De la Objetividad a la Solidaridad. Revista de Investigación Educativa, 18, 223-242. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.6018/rie.18.1.121561>
- Smith Y.R (2021) ¿Cuál es el dolor nociceptivo? News Medical Life Sciences. [https://www.news-medical.net/health/What-is-Nociceptive-Pain-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/What-is-Nociceptive-Pain-(Spanish).aspx)
- The state of musculoskeletal health (2019) Estudió en Reino Unido por problemas de artritis y los desencadenantes (Arthritis Research UK, Woring with arthritis. 2016) <https://www.versusarthritis.org/media/14594/state-of-musculoskeletal-health-2019.pdf>
- Thomas R. (2016) Basic Concepts in Morbidity Analysis in Sickness and in Health: Disease and Disability in Contemporary America. New York, Springer. 11-14.
- Tortora G., Derrickson B. (2018) Principios de anatomía y fisiología. Sistema muscular. edición 15. Ed. Panamericana.330. Madrid. <https://www.medicapanamericana.com/mx/libro/principios-de-anatomia-y-fisiologia>
- Unidad del Dolor, Servicio Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario Toledo, España . Unidad del Dolor, Departamento de Anestesiología y Reanimación, Clínica las Condes, Santiago de Chile, Chile DOI: 10.1016/S0716-8640(14)70090-2

- Urtubia V., Miranda AL. (2015). Ejercicios para el manejo del dolor crónico. Revista médica física y rehabilitación. 23. 156-166.
<https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/04/Ejercicio-para-manejo-del-dolor-cr%C3%B3nico.pdf>
- Vals, C., Fuentes, MB., Ojuel, J. (2008) Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. Revista facultad de Psicología. 39 (1). 9-22. DOI: <https://doi.org/10.1344/%25x>
- Vernaza, P., Posada, L., Acosta, C. (2019). Dolor y emociones una reflexión para el profesional en ciencias de la salud. Duazary/ISSN. 6, (1) 145 - 155 DOI: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2639>
- Vicente, H., Casal Fuentes, S.T., Espí-López G.V., Fernández-Montero, A. (2019). Dolor lumbar en trabajadores. Riesgos laborales y variables relacionadas. Revista Colombiana de Reumatología. 26 (4)
- Zavala, R., González-Salinas J. F. (2008) Conocimiento y manejo del dolor en alumnos de enfermería.
aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/146/282 Vicente H. M.T.

ANEXOS



ANEXO a) Guía de entrevista semiestructurada

Presentación personal (quien soy y para que estoy con la persona, establecer un contacto, empatizar ambos).

Datos sociodemográficos: nombre, edad, sexo, estado civil, religión, integrantes de la familia, grado de estudios, situación económica actividad laboral, actividad recreativa, seguridad social.

Pregunta inicial.

Platíqueme ¿Como es su día a día desde que se levanta....,

Salud actual – ¿Cómo ha estado su salud en los últimos 12 meses?

¿Ha tenido algún problema con su salud? ¿Cómo paso?, ¿desde cuándo ha tenido ese problema? ¿porque dice usted eso?

¿ha visitado al Doctor?, ¿Qué le dijeron?

¿Como es su dolor?,¿Cómo lo ha manejado en su vida cotidiana?

¿Qué limitaciones le ha provocado el dolor?

¿Qué movimientos hace que empeore el dolor?

¿Qué le dice su familia, la apoya?

Emocionalmente en que le ha afectado

¿Qué tratamiento ha tenido o tiene actualmente? Y ¿ha buscado alguna otra alternativa que le ayude a su problema?

¿Cómo le ha funcionado? ¿Hubo algún cambio?

¿Ha recibido la suficiente información para aliviar su dolor?

¿Que sugiere para que el personal de salud pudiera ayudarla?

Despedida y agradecimiento.

ANEXO b) Perfil de informantes

NOMBRE	EDAD	OCUPACIÓN	COMPOSICION FAMILIAR	SITIO DEL DOLOR	REFERENCIA DEL DOLOR
MOAB	46	Docente	Casada con 2 hijas	Hombro-cuello	10 años
NAEF	60	Ama de casa	Viuda con 3 hijas	Pie	5 años
SOED	39	Representante de ventas farmacéutica	Casada con 2 hijas	Rodilla	3 años
GUAEF	43	Enfermera	Separada con 2 hijas	Cadera (tendinitis de cadera)	4 años
ANGH	49	Ama de casa	Casada con 2 hijas	Dolor generalizado en el cuerpo	5 años
MAIJ	58	Ama de casa	Casada	Rodilla	7 años
LLAKL	52	Trabajadora doméstica	Divorciada con 5 hijos	Rodilla	5 años
ELMN	54	Asistente de una persona discapacitada	Soltera	Espalda (dorsolumbar)	1 año

ANEXO c) Consentimiento informado

Yo _____ declaro que se ha explicado mi participación en el estudio de esta investigación que consistirá en una entrevista, que al responder aportará conocimientos a la investigación y comprendiendo que mi participación es valiosa. Acepto que la entrevista sea grabada en formato de audio para su posterior interpretación.

Declaro que se me ha informado que presenta mínimos riesgos en la aportación de mis vivencias con el dolor en mi día a día, asegurando que la información estará protegida por anonimato y confidencialidad por la investigadora Licenciada en Enfermería y estudiante de la maestría en enfermería Aimee Rosalinda Lopez Miguez, por lo tanto, autorizo realizar dicha entrevista y que acepto libre y voluntariamente.

He leído este documento de consentimiento informado y acepto participar en este estudio según lo establecido.

Cuernavaca Morelos a ____ del año 2021.

Firma del participante

Firma de la investigadora

ANEXO d). Plan de cuidados a la persona con dolor muscular y articular crónico

A través del ciclo vital del ser humano y en sus cinco esferas tienen la necesidad de satisfacerla en las etapas de su crecimiento, en su desarrollo y a lo largo de toda la vida y cuando hay una alteración de cualquiera de estas, se originan múltiples alteraciones en la existencia, ya que el dolor siendo una sensación desagradable que se sufre, es un indicador de lesión y peligro para el organismo.

El alivio del dolor es un derecho terapéutico y los profesionales de enfermería deben intervenir en su valoración y tratamiento, con habilidades y actitudes para elaborar un plan de cuidados humanizados y específicos para cada persona que sufre de dolor crónico.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)
<p>DOMINIO 1. PROMOCIÓN A LA SALUD Conciencia del bienestar o normalidad de la función y las estrategias utilizadas para mantener el control y mejorar el bienestar o normalidad de la función</p> <p>CLASE 2 Conductas de mantenimiento ineficaz de la salud</p> <p>Características definitorias: Factores para emprender acciones para reducir los factores de riesgo</p> <p>Factores relacionados: dificultad con la complejidad del sistema sanitario y tomar decisiones en su vida diaria</p> <p>Resultados NOC: conocimiento: manejo del dolor (1843) control del dolor (1605)</p>	<p>Manejo del dolor (1400) Dolor crónico</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acupresión -Administración de analgésicos -Administración de medicación -Aplicación de calor y frío -Control del estado de ánimo -Estimulación cutánea -Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) -Masaje -Mejorar el afrontamiento -Educación para la salud -Distracción. Facilitar la meditación y las terapias de relajación Manejo ambiental (confort) musicoterapia -Aumentar los sistemas de apoyo
<p>DOMINIO 4</p> <p>ACTIVIDAD/REPOSO Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos</p> <p>CLASE 2 Actividad / ejercicio Mantenimiento de las partes del cuerpo (movilidad) hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia</p> <p>00298 disminución de la tolerancia a la actividad. Resistencia insuficiente para completar las actividades diarias requeridas o deseadas.</p> <p>Características definitorias: Ansioso cuando se requiere actividad</p>	<p>Fomento del ejercicio (0200)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fomento del ejercicio (estiramientos, control muscular, movilidad articular) -Instruir al individuo acerca del ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y/o el fisioterapeuta. Terapia de ejercicios: movilidad articular -Determinar las funciones del movimiento articular y su efecto sobre la función. Masaje: <ul style="list-style-type: none"> -Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión manual para

<p>Factores relacionados: Temor al dolor Estilo de vida sedentario Población en riesgo: Personas con antecedentes de tolerancia disminuida a la actividad 00040 riesgo del síndrome de desuso Susceptible a un deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable que puede comprometer la salud Factores de riesgo: Dolor Condiciones asociadas: Restricción de movilidad prescrita</p> <p>Resultados de enfermería NOC: Autonomía (1614)</p>	<p>disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación -Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes -Utilizar las estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor --Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor -Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan los antecedentes personales, familiares de dolores crónicos o que conlleven a discapacidad, si es el caso. -Explorar el uso actual de métodos farmacológicos del alivio del dolor por parte del paciente</p>
<p>DOMINIO 6 AUTOPERCEPCIÓN Conciencia del propio ser 00124 desesperanza La sensación de que uno no experimenta emisiones positivas o una mejora en su condición Características definitorias: Expresa abatimiento Expresa sentimientos de futuro incierto Factores relacionados: Aislamiento social Temor condiciones asociadas: Depresión 00118 trastorno de la imagen corporal residual Definición: imagen mental negativa del yo físico Características definitorias: Síntomas depresivos Percepciones que reflejan una visión alterada de la apariencia corporal Factores relacionados: Dolor en la extremidad Percepción poco realista de los resultados del tratamiento</p>	<p>Dar esperanza (5310): aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones. -Ampliar el repertorio de mecanismos de afrontamiento del paciente -implicar al paciente activamente en sus propios cuidados -Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas -Identificar la percepción del individuo de los riesgos de no ejecutar la conducta deseada -Manejo de la autoconfianza Apoyo emocional (5270) -comentar la experiencia emocional con el paciente -proporcionar ayuda en la toma de decisiones</p>

<p>Población en riesgo: Personas con alteraciones de la función corporal Mujeres Condiciones asociadas: Dolor crónico Procedimientos quirúrgicos Heridas y lesiones</p> <p>Resultados NOC: bienestar personal (2002)</p>	
<p>DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS Respuesta del organismo a acontecimientos /procesos vitales Clase 2 Respuesta de afrontamiento 00199 planificación ineficaz de las actividades Incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones establecidas en el tiempo y bajo ciertas condiciones Características definitorias: Recursos inadecuados de salud Población en riesgo: Personas con antecedentes de procrastinación 00073 afrontamiento ineficaz Esfuerzos cognitivos y/o de comportamiento, que no logra manejar las demandas relacionadas con el bienestar Características definitorias: Fatiga e Inadecuada resolución de los problemas Factores relacionados: Recursos inadecuados de salud 00148 temor Respuesta emocional básica e intensa que se suscita ante la detección de una amenaza inminente, que implica una reacción de alarma inmediata Características definitorias: Tensión muscular Conductuales/emocionales: Expresa temor, tensión y aprensión Población en riesgo: Personas expuestas a situaciones postraumáticas procedimientos quirúrgicos y antecedentes de caídas 00152 riesgo de impotencia</p>	<p>Afrontamiento: Disposición para mejorar: -Apoyo emocional -Apoyo en la toma de decisiones -Asesoramiento -Facilitar la resiliencia -prevenir al individuo del estrés y de sus consecuencias sobre la salud y el bienestar Orientación en el sistema sanitario: -Facilitar al paciente la localización y utilización de los servicios sanitarios adecuados -Disponer de un seguimiento con el paciente, según corresponda -Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados Ansiedad: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza de una respuesta autónoma -Técnica de relajación -Enseñanza individual (procedimiento tratamiento) Fomento de ejercicio</p>

<p>Definición: estado de pérdida de control o influencia real o percibida sobre factores o eventos que afectan el bienestar, la vida personal o la sociedad</p> <p>Características definitorias: Recuperación retrasada Síntomas depresivos Expresa frustración por la incapacidad para realizar las tareas que realizaba previamente Expresa pena y fatiga</p> <p>Factores relacionados: Ansiedad, deterioro de la movilidad física y dolor Complejidad percibida del régimen terapéutico</p> <p>Población en riesgo: Individuos expuestos a eventos traumáticos</p> <p>Resultados NOC: afrontamiento de problemas (1302)</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Herdman, H. et al. (2021-2023), Moorhead, S. (2014), Bulechek, M. (2014).



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Secretaría de Investigación

Defensoría de Posgrado

Cuernavaca, Morelos, abril 21 de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesis, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el título de la Maestría en Enfermería, de la estudiante **LÓPEZ MIGUEZ AIMÉE ROSALINDA**, con matrícula **10008523**, con el título **AUTOCUIDADO EN EL COTIDIANO DE MUJERES ADULTAS CON DOLOR MUSCULAR Y ARTICULAR CRÓNICO Y SUS REPERCUSIONES**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

Dra. Abigail Fernández Sánchez
Profesora Investigadora de Tiempo Completo
de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

ABIGAIL FERNANDEZ SANCHEZ | Fecha:2023-04-21 14:07:52 | Firmante

IMN5HpNyI7r/a91TT1DdqS00re9Q+JmT/PBAvE4oHxHacvHa2wzheadpY3Wrfa9sjutmoElzfm7innsws0DiHS1s3cYS7d+T5bVQSH0SvqbiCi/f+M1wjpmBXXHQ3c3dHHMPmwlhIw7VZGHZv8MqQrZ+yyXAHrJGqNCBUI5iBZGzFq4fDL3Ae3KQI+Y4JtMwU0QEP3cWfL7ipmI5g5hDItOXAKs3xXzCi0SW5Vfr2aOJVEi5ZM/GYCKvDziwklX2n8ZJpwy3LZgFpNiYtB4glLX8WZXv910FB6GH/srZdpjWLRogMAuM2834BcBzsd7fzG3jGJJF+ocuAuhwmwI4Q==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[7tSKNkUOu](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/q49jJ2YLNH91fJllnOCdG3hMrDJ8fW9v>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Secretaría de Investigación

Defensoría de Posgrado

Cuernavaca, Morelos, abril 21 de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesis, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el título de la Maestría en Enfermería, de la estudiante **LÓPEZ MIGUEZ AIMÉE ROSALINDA**, con matrícula **10008523**, con el título **AUTOCUIDADO EN EL COTIDIANO DE MUJERES ADULTAS CON DOLOR MUSCULAR Y ARTICULAR CRÓNICO Y SUS REPERCUSIONES**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

Dra. Claudia Rodríguez Leana
Docente de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

CLAUDIA RODRIGUEZ LEANA | Fecha:2023-04-21 16:11:02 | Firmante

gMqQwVPm8UEly0CW6YoOZTS7E7urhhj+xECh2TXxr5YIKn+Xb6RSZeS0xzWqmlu7UO8AqD/LSKG2n0NPfYrszrq8ZrAwRyqMkZwFC+lwmJHwQIN4NojczBuQdFxi0LxxNb+obHqsCwiQeT/wOc6Fp6UYRUs9ooskL93C/FCJLI6IO//diSIWAhnbUC+zJ0brBinqw4WyDOzx8dmz2zsUTsaqUDclhQ5V35x7E5Qg8Ebz+L6UtLfmHX/F9GZG0c0oHQYV7YhSLKT9GHWp/lqmg3fOD6kjjilL4qr7fV1AX+BnlV7rDRVvxT9lyy2mtX001uiXmTi/aYStJGaYlddc7g==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[DauR2jmXI](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/KtusjTjalsDRXOkfuuQ2hV8yd8LVTryd>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Secretaría de Investigación

Defensoría de Posgrado

Cuernavaca, Morelos, abril 21 de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesis, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el título de la Maestría en Enfermería, de la estudiante **LÓPEZ MIGUEZ AIMÉE ROSALINDA**, con matrícula **10008523**, con el título **AUTOCUIDADO EN EL COTIDIANO DE MUJERES ADULTAS CON DOLOR MUSCULAR Y ARTICULAR CRÓNICO Y SUS REPERCUSIONES**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

Dra. Paola Adanari Ortega Ceballos
Profesora Investigadora de Tiempo Completo
de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

PAOLA ADANARI ORTEGA CEBALLOS | Fecha:2023-04-21 15:31:56 | Firmante

wqv6FP1iOxYs/Iwju2YIY5OZvsL8ht2StmU5gEAKQsP3NY2BdmOxMO5Mgl4eVPczbKCIEstlP/ZBaUy78NOivHq7tjnzZZahfR2XfwveZMWBirmee8nAiD2FXQw6Ci+B+3e2CIM89P8Bpxsxl3ZTuEchWMph5FyhCAO+rOp+RY8Slq81SoRvWUqjAqAJvd5tpkQJclLragcq2Frq6UXCFTchPuCjgFCXTjG/RMvDCwLvPSgltSjPJHIAAROYkl8Og4DZlpXrYE2zJrbf/opi w0BJPaDz38HCxZpcalAnZAqXaGI0liFT753C2EyVOyBcWo+B/Mq++oeoDytpmPA6KcA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



4qHiJWP7e

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/yviVOBgNPsUJd8iB30kh0kZA5c0s1Hro>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Secretaría de Investigación

Defensoría de Posgrado

Cuernavaca, Morelos, abril 21 de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesis, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el título de la Maestría en Enfermería, de la estudiante **LÓPEZ MIGUEZ AIMÉE ROSALINDA**, con matrícula **10008523**, con el título **AUTOCUIDADO EN EL COTIDIANO DE MUJERES ADULTAS CON DOLOR MUSCULAR Y ARTICULAR CRÓNICO Y SUS REPERCUSIONES**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

Mtra. Beatriz Lizbeth Rodríguez Bahena
Docente de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

BEATRIZ LIZBETH RODRIGUEZ BAHENA | Fecha:2023-04-21 14:22:03 | Firmante

ip4SMXaSOIGR3fv61jCYD08fs/bqAwoQOI0M2PJTJcgFdI/DgK0vVWxXVMdzalxChf+XHeE88liy38JckB6/wZuGpl/LQl2aakJvcsYuyTZLb1z6KKWBJoLinwWUk+PgjMFcRajmljcZL
aJ8kPqioNJ7hUq6d+hLLbiuVquSSDPDsWY5XqdYOXrw0EkqJnwykDJ+h679QNxti+vqGaDETubv9kh7sGiVYumeD4Be9xPjHV3v9sVWGHYzpz7pDQflwOovA8KiUI0wqq33KY4
D7s5RqYQaaZ0AAIDHtuY3jnQ1PsUjpGRgk2KE4tQ5I9tSdY85kSYlpdd+sA+DAzy7Hg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[raOqk73hL](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/c7oWmiO3eXOMxJK1oIFubWZGg7plSVQr>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Secretaría de Investigación

Defensoría de Posgrado

Cuernavaca, Morelos, abril 21 de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesis, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el título de la Maestría en Enfermería, de la estudiante **LÓPEZ MIGUEZ AIMÉE ROSALINDA**, con matrícula **10008523**, con el título **AUTOCUIDADO EN EL COTIDIANO DE MUJERES ADULTAS CON DOLOR MUSCULAR Y ARTICULAR CRÓNICO Y SUS REPERCUSIONES**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

Mtra. Claudia Macías Carrillo
Profesora de Tiempo Completo
de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

CLAUDIA MACIAS CARRILLO | Fecha:2023-04-21 14:56:36 | Firmante

0G+3Lfwu4fvLcLiyGEeCx3dnbkoIW6dmX5WSsX1M5YnLy8aBqwXhEiNKsTOyjKRSZ3HSMloYyE0FakxtPPAnKOQydZOWrIWF/NIT/ku0+El/bSFjn7gyxDo/TxqjleNhikFNHDo6klB
gkZzA4vsTM8/gX50RO9JtlOnkRjPhJoO0YMqYBbaSk5jf9MfiYXzsd5lQm5lCPyrqk8+rnGzRyLiJMlCp1SBRddM9WGJeF8yz+sGqFvFO18fcLQLfbsBQE1KsijuD3laz1A9oQWSZb
cZ919xv4uMdHBa83xwqMyfUScRQIGc6lDKbs2NhmrgRgDYP6RiOV+gFhrBtS+w5eVw==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



4OrGQUuPH

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/Lz5hjDuLH1dhIBDtlyDSNSec5Kb8X0kU>

